

**KATAMNESTISCHE LANGZEITSTUDIE DER
SCHIZOPHRENIE
29 KASUISTIKEN CHRONISCH SCHIZOPHRENER
PATIENTEN**

HANS OBER

1987

Disbui. München
1988





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Vorstand:

Professor Dr. H. Hipplius

Katamnestiche Langzeitstudie der Schizophrenie

29 Kasuistiken chronisch schizophrener Patienten

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig - Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von

Hans Ober

aus

Traunstein

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. H. Hippius
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. phil. E. Pöppel
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. A. Strauß
Dekan:	Professor Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	25.02.1988

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. <u>Einleitung</u>	1
1.1. Literaturübersicht	3
1.1.1. Die Untersuchung von M. BLEULER	3
1.1.2. Die Untersuchung von HUBER, GROSS und SCHÜTLER	5
1.2. Die Untersuchung von CIOMPI und MÜLLER	5
1.2.1. Fragestellungen	6
1.2.2. Methodik	8
2. <u>Fragestellung</u>	11
3. <u>Methodik</u>	13
3.1. Auswahl der Patienten	13
3.2. Ablauf der Nachuntersuchung	14
3.3. Datenerfassung	15
3.4. Abfassung der Patientenbeschreibung	15
4. <u>Kasuistiken</u>	17
5. <u>Ergebnisse</u>	48
5.1. Allgemeine Beschreibung der untersuchten Kranken	48
5.1.1. Alter bei Erkrankungsbeginn	48
5.1.2. Alter bei der Ersthospitalisation	49
5.1.3. Alter zur Zeit der Nachuntersuchung	49
5.1.4. Beobachtungszeit	49
5.1.5. Gesamte Hospitalisationszeit	50
5.1.6. Anzahl der Hospitalisationen	50
5.2. Spezielle Ergebnisse	50
5.2.1. Relative Gesamtdauer der Hospitalisationen	50
5.2.2. Familiäre Belastung	51
5.2.3. Anamnestiche Daten zur prämorbidem Persönlichkeit	51
5.2.4. Einteilung in die Untergruppen der Schizophrenie	52
5.2.5. Übergänge zwischen den Untergruppen	54
5.2.6. Einteilung in die Verlaufstypen	55
5.2.7. Beziehung zwischen Untergruppen und Verlaufsformen	56
5.2.8. Unterteilung der "Endzustände"	56
5.2.9. "Katastrophenschizophrenie"	57
5.2.10. "Spätschizophrenie"	58
5.2.11. Verlaufsbesonderheiten im Alter	58
6. <u>Diskussion</u>	60
6.1. Vergleich mit den Ergebnissen von CIOMPI und MÜLLER	60
6.1.1. Bedeutung der Hospitalisationsdauer	60
6.1.2. Erbliche Belastung	61

6.1.3.	Prämorbidie Persönlichkeit und Verlauf	62
6.1.4.	Einordnung in die diagnostischen Untergruppen	62
6.1.5.	Unterschiedliche Verlaufstypen	64
6.1.6.	Vergleich der Untergruppen mit den Verlaufsformen	65
6.1.7.	Unterteilung der "Endzustände"	65
6.1.8.	"Katastrophenschizophrenie"	66
6.1.9.	"Spätschizophrenie"	66
6.2.	Schizophrenie und Altern	67
6.3.	Zur Vereinheitlichung nosologischer Konzepte	68
6.3.1.	Symptomerfassung und Begriffsbestimmungen	69
6.3.2.	Gruppierung der erfaßten Daten	70
6.3.3.	Bedeutung katamnestischer Untersuchungen	71
7.	<u>Zusammenfassung</u>	73
8.	<u>Kurzzusammenfassung</u>	83
9.	<u>Literaturverzeichnis</u>	85

1. Einleitung

Der Krankheits- und Lebensverlauf von an Schizophrenie erkrankten Menschen wird seit Jahrzehnten immer wieder in Studien untersucht. Diese unterscheiden sich bezüglich der Ausführlichkeit, der Anzahl der untersuchten Fälle und der Fragestellungen. Ebenso unterscheiden sich die methodischen Ansätze, teils statistische, teils deskriptive, mit denen die einzelnen Autoren zu den Antworten auf ihre Fragen gelangen. Bedeutsame Unterschiede zeigen sich auch in den Untersuchungen, je nachdem welchen der beiden, von E. BLEULER schon 1911 gegeneinander gestellten, Standpunkte der Autor einnimmt, ob er nämlich Unterformen als konstante "Abgrenzung von Krankheitsformen" oder als ständig im Fluß befindliche "Gruppierung von Symptomen" betrachtet. Zwei Beispiele sollen die ständige Aktualität dieser Streitfrage illustrieren.

CIOMPI veröffentlicht 1984 einen Vortrag mit dem Titel: "Gibt es überhaupt eine Schizophrenie? Der Langzeitverlauf psychotischer Phänomene aus systemischer Sicht". Er stellt diese Frage in Kenntnis vieler Untersuchungen, die in den letzten fünfzig Jahren zum Problembereich der Schizophrenie angestellt worden sind. In der Einleitung zu diesem Vortrag führt er Gründe an, die ihn dazu bewogen haben, die Schizophrenie grundsätzlich in Frage zu stellen:

Was ist somit der Sinn meiner Frage? Es geht mir darum, die Idee einer "Krankheitseinheit Schizophrenie" - oder auch einer ganzen 'Gruppe von Schizophrenien', was in diesem Zusammenhang wenig Unterschied ausmacht - grundsätzlich in Frage zu stellen. Diese Idee stammt wesentlich aus der somatischen Medizin des 19. Jahrhunderts. Auch für die Psychiatrie war es damals zunächst ein dringliches Erfordernis, Ordnung in das Chaos psychotischer Störungen zu bringen und darin, wenn immer möglich, Entitäten mit einheitlichen Ursachen, einheitlichem Erscheinungsbild und ebensolchem Verlauf abzugrenzen. Die schöpferische Leistung der Pioniere, allen voran Emil Kraepelin und Eugen Bleuler, die Gemeinsames in der Fülle von scheinbar heterogenen Phänomenen zu erkennen vermochten, bedeuteten deshalb zweifellos einen unerhörten Fortschritt. Dennoch wollten und wollen die Zweifel, ob wir mit dem Konzept der Krankheitseinheit(en) bei der Schizophrenie wirklich auf dem richtigen Weg sind, nicht verstummen. Janzarik etwa hat dieses Konzept aus seiner strukturdynamischen Sicht wiederholt kritisiert, und selbst Manfred Bleuler, der Sohn des Begründers des Schizophreniebegriffs, sprach sich unlängst noch unmißverständlicher dagegen aus. In der Tat: Bis jetzt haben sich für die schizophräniartigen Phänomene weder einheitliche Ursachen eruieren lassen, noch ist es gelungen, sie befriedigend abzugrenzen. Noch viel weniger gibt es, wie u.a. unsere eigenen Langzeitkatamne-

sen gezeigt haben, darin einen irgendwie regelmäßigen Verlauf.

Zum gleichen Thema, nämlich über die Einheitlichkeit oder Unterschiedlichkeit der Schizophrenie(n) hat LEONHARD 1936 in der Einleitung zu seinem Buch "Die defektschizophrenen Krankheitsbilder" folgendes geschrieben:

So sehr man sich im letzten Jahrzehnt um die Schizophrenien bemüht hat, sie sind fast umstrittener denn je. Selbst die Grundfrage, ob sie etwas Einheitliches oder wenigstens innerlich Verwandtes darstellen, oder ob sie vielmehr ein Gemisch, vielleicht ein sehr buntes Gemisch von ganz verschiedenen Krankheitsformen sind, ist bis heute unbeantwortet. Theoretisch neigt man heute wohl viel mehr der letzteren Auffassung zu, aber praktisch ist es noch nicht gelungen, wesensverschiedene Krankheiten aus den mit sicherem Defekt endenden Schizophrenien herauszuholen. Ja, man hat es vielfach sogar aufgegeben, auch nur symptomatologisch eine gewisse Unterteilung zu treffen. Die großen Kraepelinschen Gruppen der Katatonie, Hebephrenie und paranoiden Dementia bestehen zwar noch zu recht, aber man betont in der Regel mehr die Übergänge, die überall zu bestehen scheinen, als die Unterschiede, und bemüht sich größtenteils gar nicht, sich auf eine dieser Unterformen festzulegen, begnügt sich vielmehr mit der allgemeinen Diagnose "Schizophrenie". Seit Kraepelins letztem Einteilungsversuch, der keine Anerkennung gefunden hat, war es fast nur Kleist, der sein Bemühen immer fortsetzte, nicht bloß alle Krankheitsformen von der Schizophrenie abzutrennen, die nicht mit Defekt enden, sondern auch die Defektkrankheiten in bestimmte Gruppen einzuteilen. Mag man über Einteilungsversuche zunächst denken, wie man will, eines steht doch fest: Dadurch, daß man sich begnügt, lediglich "Schizophrenie" festzustellen, muß die feinere psychiatrische Diagnostik außerordentlich leiden, man wird sich dadurch noch weiter von dem Ziel entfernen, schließlich doch noch innerhalb der Schizophrenien symptomatologisch verschiedene Krankheiten voneinander abzugrenzen.

Wenn die methodischen Ansätze zur Erforschung der Schizophrenie auch sehr unterschiedlich sind, so werden doch in allen diesen Arbeiten gemeinsame Ziele verfolgt, nämlich durch Verlaufsuntersuchungen etwas über die Entstehungsbedingungen der Schizophrenie zu erfahren. Diesbezügliche Kenntnisse würden eine Grundlage für das Erforschen von Kriterien bilden, mit denen es gelingen könnte, schon vor dem Ausbruch der Erkrankung präventiv tätig zu werden bzw. im Frühstadium bereits prognostische Aussagen zu treffen und ein jeweils angepaßtes therapeutisches Vorgehen zu wählen.

1.1. Literaturübersicht

STEPHENS publizierte 1970 eine Übersicht von Studien zu Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen. Er erfaßte 31 Studien aus den Jahren 1937 bis 1970. Diese Studien schlüsselte er nach der Katamnesedauer, dem zugrundeliegenden Schizophreniekonzept und der Anzahl der Probanden auf. Tabellarisch stellte er auch den jeweiligen Anteil gesunder, gebesserter und nicht gebesserter Probanden dar. Durch die Sichtung der Ergebnisse dieser Studien kam er zu dem Schluß, daß Schizophrenien, die nach enggefaßten Kriterien diagnostiziert wurden, einen viel schlechteren Prognose haben, als atypische oder fragliche Schizophrenien, schizophrenieforme Psychosen oder ähnliches. Jedoch hat die "Schizophrenia of unspecified type" in einigen dieser Studien ebenfalls eine schlechte Prognose.

CIOMPI und MÜLLER (1976) listen diese Studien zu Beginn ihres Werkes über Langzeitverläufe bei Schizophrenen auf und ergänzen diese Liste mit weiteren Studien aus den 60er und 70er Jahren. Ausdrücklich haben sie jedoch darauf verzichtet, "die Arbeiten nach Art des Schizophreniekonzeptes zu unterteilen, ebenso ließen wir die tabellarische Aufstellung der Resultate weg". Sie verweisen darauf, "daß es praktisch unmöglich ist, die einzelnen Autoren resp. deren Resultate zu vergleichen, da entweder die Methodik völlig verschieden, das Ausgangsmaterial anders ausgewählt oder zum Teil die Angaben ungenügend waren" (S.14). Unter den neueren Verlaufsuntersuchungen schizophrener Erkrankungen sind im deutschsprachigen Raum besonders die großangelegten Arbeiten von M. BLEULER (1972), von HUBER, GROSS und SCHÜTTLER (1979) sowie die oben erwähnte Arbeit von CIOMPI und MÜLLER (1976) von Bedeutung.

1.1.1. Die Untersuchung von M. BLEULER

M. BLEULER hat für seine Untersuchung alle Schizophrenen erfaßt, die 1942/43 in die Züricher psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli aufgenommen worden sind. Die Diagnose "Schizophrenie" wurde nur angewendet, wenn die Schizophrenie als eigentliche Psychose festzustellen war. Es genügte aber, wenn ein Kranker nur einmal eine schizophrene Psychose durchgemacht hatte. Von den so erfaßten und untersuchten 212 Kranken konnte er bei 208 ihr Schicksal und das ihrer nächsten Verwandten über 20 Jahre lang weiter verfolgen. Dabei hat er sich auch über die Lebensgeschichte vor der Erkrankung orientiert. Zur Ergänzung wurden zusätzliche Untersuchungen an anderen Kranken vorgenommen. Während nach Ansicht von M. BLEULER (1972) gewöhnlich umfangreiche Statistiken von Forschern erhoben würden, die Probanden nur zu Forschungszwecken kennen, seien bei ihm die Probanden seine von ihm betreuten Kranken. Er räumt ein, daß persönliche Beziehungen die Objektivität

gefährden können, dafür vermitteln sie seiner Meinung nach jedoch meist vertiefte Kenntnisse. So hat er zum Beispiel kaum Kranke gefunden, die sich zwanglos auf Jahre hinaus in eine bestimmte Unterform der Schizophrenie eingliedern ließen, weil "die Probanden nicht minutiös auf katatone oder hebefrene Symptome und die formellen Denkstörungen untersucht (wurden). Demgegenüber richtete sich die ganze Aufmerksamkeit darauf, ihre Wünsche und Bedürfnisse, ihre inneren Erlebnisse, ihre Einstellung zu den Angehörigen und zu ihrer Vergangenheit zu erfahren und mitzuerleben."

Im einzelnen kommt M. BLEULER zu folgenden Ergebnissen:

1. Der durchschnittliche Verlauf der Schizophrenien hat sich in den letzten Jahren geändert. Es gibt kaum mehr Katastrophenschizophrenien. Die chronischen Psychosen sind leichter, Heilungen aber nicht häufiger geworden.
 2. "5-10 Jahre nach der Erkrankung verschlimmert sich die Schizophrenie im Durchschnitt nicht mehr. (...) Etwa gut die Hälfte bis drei Viertel aller Schizophrener erreichen 10 oder mehr Jahre nach der Erkrankung vieljährige, einigermaßen stabile Zustände. Darunter sind ein Viertel bis ein Drittel dauernde Heilungen und nur ein Zehntel bis ein Fünftel schwerste chronische Psychosen. Die übrigen dauerhaften Zustände sind leichtere Psychosen."
 3. "Die moderne Behandlung läßt wenigstens die 'dementen' Dauerzustände nach einer ersten akuten Krankheitsphase gar nicht mehr aufkommen."
 4. Wahrscheinlich disponiert langdauerndes Kinderelend zur Schizophrenie. "Häufig bestehen enge zeitliche Beziehungen zwischen emotionalen Erschütterungen und Beginn oder Änderungen im Verlauf der Krankheit." Der Krankheitsverlauf ist durch psychotherapeutische Maßnahmen hochgradig beeinflussbar.
 5. Viele Befunde decken Unterschiede in den Lebensgeschichten beider Geschlechter auf.
 6. Hereditäre Hintergründe der Schizophrenie haben die größte Bedeutung bei den "phasisch-gutartigen" Formen.
 7. Fast zur Hälfte bricht die Schizophrenie bei präpsychotisch nicht schizoiden Menschen aus. Bei präpsychotisch Schizoiden ist der Verlauf jedoch etwas ungünstiger.
 8. Es gibt eine Disposition zu einer bestimmten Verlaufsform der Schizophrenie.
 9. Voneinander unabhängige Krankheiten innerhalb der Gruppe der Schizophrenien lassen sich bei der Verlaufs- und Familienforschung ebenso wenig erkennen wie bei der Beobachtung der Symptomatologie.
- M. BLEULER konstatiert selbst, daß sein Buch "aus einer sonderbaren Mischung von Gefühlen und Statistiken" besteht. Als Rechtfertigung führt er an, "daß die Thematik des Buches notwendigerweise in völlig unterschiedlicher Art behandelt werden muß".

1.1.2. Die Untersuchung von HUBER, GROSS und SCHÜTLER

HUBER, GROSS und SCHÜTLER (1979) betonen, daß "von einmaligen und kaum wiederholbaren Ausnahmeleistungen wie der von M. Bleuler abgesehen" eine Untersuchung von statistisch gesehen genügend vielen Patienten, die auch einzeln psychopathologisch beurteilt werden sollen, nur in Teamarbeit möglich ist. Dabei sollten die Untersucher möglichst mit den Autoren der späteren Publikation identisch sein.

Von den drei Autoren wurden 502 von 758 schizophrenen Patienten katamnestisch erfaßt, die zwischen 1945-1959 in die Bonner Uninervenklinik aufgenommen worden waren. Die Diagnostik der Schizophrenie basierte auf psychopathologischen Kriterien von E. und M. BLEULER und K. SCHNEIDER und war unabhängig vom späteren Ausgang der Erkrankung. Dagegen sind nach Ansicht der drei Autoren "einige der klassischen Verlaufsstudien, so die von Langfeldt und Leonhard, (...) wegen der weitgehenden Orientierung am Dementia praecox-Begriff von Kraepelin kaum verwertbar". Sie verstehen unter dieser Orientierung die Einbeziehung des guten oder schlechten Ausgangs bei der Diagnosestellung.

Die Studie von HUBER, GROSS und SCHÜTLER sollte u.a. folgende Fragen aufgreifen und soweit als möglich beantworten:

1. Sammlung anamnestischer und sozialer Daten.
2. Langzeitentwicklung der Schizophrenie, insbesondere Erkrankungsbeginn, Verlaufsweise und Verlaufstyp sowie psychopathologische und soziale Dauerprognose. Besonders interessierte sie, ob "die Petitio principii der durchgehenden psychopathologischen Andersartigkeit der schizophrenen gegenüber den organischen Residual- und Defizienzzuständen" (S.38) noch aufrechterhalten werden kann.
3. Lassen sich retrospektiv Verlaufstypen herausheben?
4. Welchen Einfluß haben anamnestische, klinisch-psychopathologische und therapeutische Variablen auf den Langzeitverlauf?
5. Beeinflussen bestimmte soziale Faktoren das Erkrankungsrisiko und die Langzeitentwicklung?

Die Ergebnisse dieser Fragen sind in so vielen Details dargestellt, daß selbst eine kurze Aufzählung derselben den Rahmen unserer Einleitung sprengen würde. Allein die Ausgänge ("Endzustände") werden in 15 verschiedene und die Verläufe in 12 verschiedene Typen unterteilt. Die Ergebnisse wurden von den Autoren unter verschiedenen Aspekten mit denen der Untersuchungen von M. BLEULER und CIOMPI und MÜLLER verglichen.

1.2. Die Untersuchung von CIOMPI und MÜLLER

Wir betrachten nun die Untersuchung von CIOMPI und MÜLLER (1976) genauer, mit der wir uns in unserer Arbeit auseinandersetzen werden. Ich fasse damit auch wichtige Teile der Arbeit von M. BLEULER, auf dessen

Ergebnisse sich CIOMPI und MÜLLER immer wieder beziehen. Sie sagen dazu auf S. 5: "Daß in der Zwischenzeit das groß angelegte Werk von M. Bleuler erschienen ist, das über die bisher wohl gründlichste und umfassendste Katamnese der Schizophrenie berichtet, hätte uns eigentlich entmutigen müssen. Indessen können wir uns gerade auf diesen unseren Lehrer berufen, hat er doch nachdrücklich gefordert, daß eine Ergänzung und Überprüfung seiner Resultate wünschbar sei." Zur Verwendung der Begriffe, mit denen sie die Verlaufsstadien, Verlaufsarten und Schweregrade bezeichnet haben, führen sie aus: "Trotz einer (...) nur knapp befriedigenden Reliabilität bei Prüfung durch zwei unabhängige Beurteiler stützen wir uns dabei doch ganz auf die Bleulerschen Definitionen und Begriffe, (...) vor allem (...), weil uns der Vorteil seiner so anschaulichen und wirklichkeitsnahen Charakterisierungen den nur schwer zu vermeidenden Nachteil einer unbefriedigenden Quantifizierbarkeit aufzuwiegen scheint." (S.75)

Auch CIOMPI und MÜLLER stellen in der Einleitung ihres Buches "Lebensweg und Alter der Schizophrenen" das "Bestehen ungelöster Fragen" fest:

Das Ziel der meisten Verlaufsforschungen war, Gesetzmäßigkeiten aufzudecken, und, wenn möglich, aus den lebenslänglichen Wandlungen Schlüsse auf das Wesen der Krankheit an sich zu ziehen. Niemand wird behaupten können, daß dies im Falle der Schizophrenie zur Zufriedenheit gelungen sei. Im Gegenteil. Überblickt man die Resultate und Schlußfolgerungen unserer Vorgänger, so muß man seine Enttäuschung eingestehen. Klaffende Widersprüche finden sich da und dort, so ist es beispielsweise immer noch nicht gelungen, eindeutig zu beweisen, ob es eine sogenannte 'Kerngruppe' der Schizophrenie gibt, die voraussichtlich ein organisches Substrat hätte, und die sich nicht nur durch den typischen Verlauf, sondern eben auch durch im Beginn vorhandene Merkmale kennzeichnen ließe. Es ist auch nicht gelungen, sichere Angaben zu machen, ob die Mehrzahl der ungünstigen Verläufe in eindeutigen Zusammenhang mit der Dauer der Hospitalisation steht, ob also gewissermaßen der "Defekt" ein Artefakt ist. (S.3f.)

1.2.1. Fragestellungen

CIOMPI und MÜLLER führen auf S. 11-13 folgende Fragen auf, die sie untersuchen wollen:

Aus der Untersuchung von Mortalität und Todesursachen wollen die Autoren Schlüsse ziehen auf den "Grad der Unausgelesenheit der effektiv nachuntersuchten Kranken". Ferner vermuten sie, daß die "Mortalität in einem Zusammenhang mit der Ätiologie der Schizophrenie stehen könnte", und sie erwarten, daß Mortalitätsstudien, die mit der Untersuchung der Todesursachen kombiniert sind, Vergleichsmöglichkeiten zwischen den

verschiedenen Psychosen ermöglichen könnten.

Daneben wollen sie die Langzeitentwicklung der schizophrenen Psychose untersuchen und dabei "an (ihrem) Material die Resultate anderer Autoren (...) überprüfen". Da ihre Patientengruppe den Vorteil aufweise, über eine "ganz besonders lange Lebensperiode beobachtet worden zu sein", könnte damit "der Nachteil, der früheren Katamnesen anderer Autoren anhaftet, daß nämlich bei zu kurzer Beobachtungszeit nichts wirklich Schlüssiges über die vorhandenen Entwicklungsformen ausgesagt werden kann, aufgewogen werden".

Die Autoren wollen die Häufigkeit des Auftretens von psychoorganischen Syndromen bei Schizophrenen und in der "Durchschnittsbevölkerung" vergleichen. "Noch wichtiger" ist es ihnen, der "Frage auf den Grund zu kommen, ob und wie der altersbedingte Abbauprozess die schizophrene Symptomatik beeinflußt".

Des weiteren wollen sich die Autoren mit der Frage beschäftigen, ob einzelne Variablen, wie etwa "Intelligenz, Schulbildung, berufliche Ausbildung, Geschlecht, Zivilstand, Alter bei der Ersthospitalisation, Behandlungsformen, körperlicher Gesundheitszustand usw." einen Einfluß auf den "lebenslänglichen Verlauf" der Krankheit haben.

Im Gegensatz zu früheren Untersuchern beabsichtigen die Autoren den "globalen psychischen Gesundheitszustand" zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung darzustellen.

Neben diesen recht allgemein formulierten Fragen wollen die Autoren in ihrem Buch auch auf einige speziellere Fragen eingehen. Dazu schreiben sie: "Geht man die vorhandene Literatur zum Verlauf der Schizophrenie durch, so tauchen eine Reihe von methodischen Einzelproblemen sowie gesonderte Faktoren auf, die in Beziehung zum Verlauf gebracht werden können. Es wird zu prüfen sein, ob unser Material es erlaubt, auf sie einzugehen." Dabei handelt es sich um folgende Fragen:

1. Kann die Studie etwas beitragen zum "Problem der möglichen Einflüsse sozio-ökonomischer Faktoren auf die Inzidenz der Schizophrenie in einer Bevölkerung"?
2. Kommt es im Laufe eines "langfristig untersuchten Schizophrenieverlaufes zu echten Übergängen in andere Psychoseformen"?
3. Wurde die "Häufigkeit und Dauer der intermittierend auftretenden schizophrenen Schübe durch die Einführung der Psychopharmaka seit 1953 beeinflußt"?
4. Welchen Einfluß hat die ambulante Nachbehandlung nach der Ersthospitalisation auf den Verlauf der Schizophrenie?
5. Findet sich heutzutage noch der "früher von M. BLEULER beschriebene Verlaufstyp des unmittelbaren Übergangs von einem akuten Beginn zu einem schwersten dauernden Defektzustand (Katastrophenschizophrenie)"?
6. Bestätigt sich die These, daß der "Verlauf in der Regel günstiger ist bei Schizophrenen, die aus Familien stammen, in denen mehrere

Angehörige Schizophrene waren"?

7. VALLANT (1962, 1964) fand sieben Kriterien (acute onset, precipitating factors, depression, nonschizoid premorbid adjustment, confusion, concern with death, heredity positive for affective psychosis) mit denen er die Prognose einer neu aufgetretenen Schizophrenie vorhersagen konnte. Lassen sich diese prognostischen Kriterien verifizieren?
8. Wechseln Schizophrene häufiger als die Durchschnittsbevölkerung vom Land in die Stadt oder umgekehrt?
9. Kann die Hypothese von HIRSCHMANN (1963) bestätigt werden, wonach sich "unter den Spätschizophrenen relativ wenig mit ursprünglich schizoider präorbider Persönlichkeit, dafür relativ häufig solche mit zyklotymen Wesensart finden"?
10. Bestätigt es sich, daß "unter den Spätschizophrenen Frauen häufiger sind als Männer (KAY et al. 1964)"?
11. Besteht eine Beziehung zwischen den "im Laufe der schizophrenen Entwicklung durchgeführten biologischen Behandlungen (Insulin, Elektroschock) und dem Grad und der Häufigkeit des im Alter auftretenden psychoorganischen Syndroms"?

1.2.2. Methodik

Zur Methodik ihrer Untersuchung schreiben CIOMPI und MÜLLER:

Betrachtet man die zahlreichen Untersuchungen bekannter Forscher, so stellt man im Laufe der Jahrzehnte eine eindruckliche Verfeinerung der Methodik fest. (...) Diese Verfeinerung der Beobachtungstechnik, das Einbeziehen statistischer Kriterien, die heute möglich sind, hat für unsere Aufgabe maßgeblich Bedeutung. Die Kranken, über die wir berichten werden, sind die Schizophrenen, wie sie unsere Vorgänger bis zurück zur Ära Eugen Bleulers sahen. Die Methoden, mit welchen wir diese Beobachtungen sichten und verwerten wollen, sind dagegen die Methoden des Jahres 1973. (S3)

Als Ausgangsmaterial wurden von CIOMPI und MÜLLER alle ehemaligen Klinikpatienten schweizerischer Nationalität gewählt, die erstmals vor dem 65. Lebensjahr in der Psychiatrischen Universitätsklinik "Cery" in Lausanne hospitalisiert worden waren, und die zu Beginn ihrer Untersuchungen im Jahre 1963 zwischen 65 und 90 Jahre zählten. Diese Gesamtuntersuchung ist als "Lausanner Enquete" bekannt geworden. Aus diesen wurden nun die Schizophrenen ausgesondert. Darunter wurden alle jene Fälle eingereicht, deren Diagnose beim ersten Klinikaufenthalt ausdrücklich auf "Dementia praecox", "Schizophrenie" oder eine der klassischen Untergruppen Hebephrenie, Katatonie, paranoide Schizophrenie, Schizo-

phrenia simplex lautete. Damit verfügen sie ihrer Meinung nach über ein Material, "das von den Autoren aller Schulen, die nicht den obligat ungünstigen Verlauf als entscheidendes diagnostisches Kriterium werten, ohne weiteres als schizophran anerkannt werden dürfte" (S.27). Am Ausgangsmaterial der 1532 Schizophrenen untersuchten sie die von der Erstaufnahme bis zu einem Stichtag im Jahre 1962 aufgetretene Mortalität und Todesursachen, welche dann mit Mortalität und Todesursachen in der Schweizerischen Durchschnittsbevölkerung verglichen wurden.

Die nach den verschiedenen Selektionsschritten noch übrigbleibenden 289 über 65jährigen Überlebenden wurden von einem der Psychiater aus ihrer Forschungsgruppe persönlich nachuntersucht mit dem "allgemeinen Ziel, auf diese Weise so viele Aufschlüsse wie möglich über die zentrale Fragestellung dieser Arbeit, nämlich über den Langzeit- und Altersverlauf der Schizophrenie und über die dabei wirksamen Faktoren zu gewinnen" (S.35). Die katamnestische Nachuntersuchung umfaßte für jeden einzelnen Fall folgende Arbeitsgänge:

1. Vorbereitendes, eingehendes Fallstudium anhand der Akten.
2. Direkte, persönliche Nachuntersuchung des ehemaligen Patienten.
3. Vervollständigung der erhaltenen Angaben durch Drittauskünfte.
4. Teilweise Überprüfung und Neubeurteilung der erhaltenen Informationen durch andere Untersucher.

Dann machen die Autoren zur Methodik ihrer Untersuchung folgende einschränkende Anmerkungen:

Im ganzen entsprechen die Grenzen und Möglichkeiten unserer Nachuntersuchungsmethodik also denjenigen einer sorgfältigen, semistandardisierten und durch bestimmte Kautelen wie Überprüfung und Präzisierung der Beurteilungskriterien verbesserten konventionellen klinisch-psychiatrischen Untersuchung. Es muß ohne Umschweife anerkannt werden, daß trotz unserer wohl sichtbar gewordenen Anstrengungen eine solche Methodik den heute in der psychiatrischen Forschung immer mehr angestrebten, schärfer quantifizierenden Verfahren mit weitergehender Kontrolle aller Störfaktoren unterlegen ist. (...) Es muß nämlich berücksichtigt werden, daß es uns bei dieser Langzeitstudie zur Schizophrenie (...) in erster Linie um die Erkenntnis von groben allgemeinen Entwicklungstendenzen und möglichen Zusammenhängen mit einer Reihe von ebenfalls nur grob umschriebenen Faktoren geht. Auch mit einer nicht voll befriedigend ausdifferenzierten Methodik sind von einer solchen explorativen Untersuchung zum mindesten Daten zu erwarten, die durch die vorläufige Formulierung neuer Fragen den Weg für nachfolgende rigorosere Detailarbeiten abzustekken vermögen. (S.38f.)

In der Diskussion werden wir ausführlich auf die Fragen und auf die im Buch von MÜLLER und CIOMPI gegebenen Antworten eingehen und auch zu den

von ihnen verwandten Methoden Stellung nehmen. Hier sei nur kurz zur Datenerfassung ihrer Arbeit angemerkt, daß die Autoren zwar viele Zahlen mitteilen, der klinische Gehalt der Untersuchung für den nachvollziehenden Leser jedoch stellenweise nicht mehr faßbar wird. Die Autoren empfinden dies wohl selbst, wenn sie am Ende ihres Buches von "diesem langwierigen Gang durch eine Unzahl von statistischen Berechnungen" (S.208) sprechen.

2. Fragestellung

Wir orientieren uns bei den Fragen, die wir mit unserer Untersuchung beantworten wollen, an den Fragestellungen von CIOMPI und MÜLLER, die wir in der Einleitung aufgelistet haben. Des weiteren untersuchen wir auch einige Probleme, die diese beiden Autoren in ihrer Fragestellung nicht explizit nennen, auf die sie aber später im Schlußteil ihres Buches eingehen. Neben der Darstellung von Übereinstimmungen mit den beiden Autoren versuchen wir bei Ergebnissen, die abweichend sind oder als unvereinbar erscheinen, den Ursachen für solche Unterschiede nachzugehen. Da alle von CIOMPI und MÜLLER untersuchten Schizophrenen über 65 Jahre alt sind und die beiden Autoren gerade auch Altersveränderungen untersuchen wollen, haben auch wir unsere über 65jährigen Patienten abschließend noch gesondert betrachtet.

Natürlich können wir nicht zu allen in dem Buch aufgeworfenen Fragen etwas sagen, da unsere Patienten ja zur Zeit der Nachuntersuchung alle hospitalisiert waren und sie sich auch im Alter von den in das erwähnte Buch aufgenommenen Patienten teilweise erheblich unterscheiden. Wir beschränken uns also auf solche Fragen, zu denen wir anhand der Daten unserer Patienten Aussagen machen können. Es handelt sich dabei um folgende Fragen:

1. Unterscheidet sich die "relative Gesamtdauer der Hospitalisationen" (S.64) bei Frauen und Männern? Finden wir insbesondere auch wie CIOMPI und MÜLLER unter den "fast ständig hospitalisierten interessanterweise ausschließlich männliche Patienten" (S.65)?
2. Welche Aussagen lassen sich über die familiäre Belastung machen?
3. Lassen sich Aussagen über die präpsychotische Persönlichkeit der Patienten machen?
4. Lassen sich unsere Patienten retrospektiv für die Erstaufnahme und zur Zeit der Nachuntersuchung eindeutig einer der Unterformen der Schizophrenie nach den Kriterien von CIOMPI und MÜLLER zuordnen?
5. Finden sich im Langzeitverlauf Übergänge von einer Unterform in eine andere?
6. Lassen sich unsere Patienten den verschiedenen Verlaufstypen nach den Kriterien von CIOMPI und MÜLLER zuordnen?
7. Bestehen Beziehungen zwischen den verschiedenen Verlaufstypen und den diagnostischen Unterformen nach den Kriterien von CIOMPI und MÜLLER?
8. Lassen sich schwere und leichte "Endzustände" unterscheiden? Wenn ja, zeigen diese einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf und/oder Gemeinsamkeiten bei den diagnostischen Zuordnungen?

9. Finden wir "Katastrophenschizophrenien" im Sinn von CIOMPI und MÜLLER, d.h. das "Auftreten eines schwersten chronischen 'Endzustandes' nach kurzem akuten Beginn" (S.217)?
10. Finden wir "Spätschizophrenien"? Unterscheiden sich diese "deutlich von den übrigen Schizophrenien" (S.217), wie das CIOMPI und MÜLLER gefunden haben?
11. Kamen bei über 65 Jahre alten Patienten "von den häufigsten Verlaufstypen auffällig abweichende Entwicklungsbesonderheiten" vor?

3. Methodik

Eine genaue Beschreibung des Zustandsbildes und des bisherigen Lebenslaufes bildet die Grundlage für alle Fragestellungen in der klinischen Forschung. Solche Beschreibungen bilden den Hauptteil dieser Arbeit. Es ist schwierig und wird nie ganz unabhängig von den eigenen Vorstellungen gelingen, in einer kurzen Zusammenschau, alle Informationen zusammenzutragen, die Psychiater unterschiedlicher Schulen als notwendig erachten, damit sich ein Arzt ein umfassendes Bild von einem Patienten, machen kann, den er nicht persönlich untersuchen konnte. Eine solche Patientenbeschreibung soll erstens einen Vergleich mit Patientenbeschreibungen aus anderen Untersuchungen ermöglichen und sie soll zweitens alle Angaben enthalten, die für eine diagnostische Beurteilung notwendig sind.

3.1. Auswahl der Patienten

Wir wählten 60 Patienten, davon 30 Männer und 30 Frauen, die in offenen Häusern im Bezirkskrankenhaus Haar leben, und die seit mindestens fünf Jahren mit der Diagnose Schizophrenie dauernd oder wiederholt in stationärer Behandlung waren. An der Untersuchung waren Herr Franzek und der Autor dieser Arbeit beteiligt. Jeder der beiden berichtet über 15 Männer und 15 Frauen und wertet seine Daten unter dem Gesichtspunkt der in der jeweiligen Arbeit genannten Fragestellung aus. Die Aufteilung der Patienten auf die beiden Untersucher erfolgte zufällig.

Offene Stationen sind für Patienten gedacht, bei denen zur Zeit eine Entlassung oder eine Heimunterbringung nicht möglich ist, die andererseits aber nicht mehr ständiger Beobachtung auf einer Akutstation bedürfen. In der Regel sind diese Patienten regelmäßig in einer Arbeitstherapie beschäftigt.

Die Patienten wählten wir nach einer Liste aus, in der alle Patienten einer Station mit ICD-Diagnose vermerkt waren. Lag in Ausnahmefällen eine solche Liste nicht vor, nahmen wir die Krankenakte zu Hilfe und wählten nach der auf dem Deckblatt vermerkten, zur Zeit der Nachuntersuchung aktuellen Diagnose aus. Das heißt: Die ICD-Diagnose war 295 oder die ausformulierte Diagnose lautete: 'Schizophrenie', 'Hebephrenie', 'Katatonie', 'chronische paranoid-halluzinatorische Psychose', 'schizophrener Defekt', 'chronische Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis' oder ähnlich.

Nachdem wir den zuständigen Ärzten unser Vorgehen bei den Nachuntersuchungen erklärt und die Stationsleitungen über unsere beabsichtigte Tätigkeit informiert hatten, fragten wir den jeweiligen Patienten nach seiner Bereitschaft zu einem Gespräch, das etwa ein bis zwei Stunden

dauern würde, und in dem wir uns nach seinem derzeitigen Befinden im Krankenhaus, nach seiner Lebensgeschichte und nach dem Verlauf seiner Krankheit erkundigen würden. Die Reaktionen waren unterschiedlich, wie bei den Fallbeschreibungen dargestellt werden wird. Manchmal mußten wir die Bitte um ein Gespräch wiederholen. In keinem Fall bekamen wir eine endgültige Absage.

3.2. Ablauf der Nachuntersuchung

Vor dem Gespräch suchten wir ein Zimmer aus, in dem wir allein mit dem Patienten weitgehend ungestört sitzen konnten, stellten uns beim Patienten nochmals vor und erklärten ihm, daß einer von uns beiden vor allem das Gespräch führen, der andere dagegen mitschreiben würde. Je nachdem, wie ausgeprägt ein anfängliches Mißtrauen war, machten auf unsere Bindung durch die ärztliche Schweigepflicht aufmerksam, erklärten unser Vorgehen nochmals eingehend, und kamen auch darauf zu sprechen, daß sich der Patient zu dem Gespräch möglicherweise gedrängt und geschoben fühle. Anregungen für den äußeren Ablauf der Nachuntersuchung holten wir uns vor allem aus dem Buch von KIND (1979) zur psychiatrischen Untersuchung.

Im Gespräch, von uns im weiteren auch als Nachuntersuchung bezeichnet, ließen wir den Patienten anfangs frei erzählen und stellten zunächst nur Fragen, wenn der Patient nicht mehr von selbst weiterredete oder in der Thematik nicht mehr voran kam. Wir notierten uns dabei neben dem Gesprächsinhalt auch den Eindruck, den der Patient auf uns machte, seine Sprechweise, seine Mimik, seine Gestik, seine Motorik, Affektäußerungen, Verhaltensauffälligkeiten, kurz gesagt alle nonverbalen Äußerungen des Patienten. Daran anschließend befragten wir den Patienten gezielt, um Informationen zu erhalten, die uns interessierten, und die er noch nicht von selbst ausgesprochen hatte. Des weiteren achteten wir auf eine eventuelle Neigung zu Verbigerationen, Affektlabilität, und anderen psychiatrischen Auffälligkeiten, und verfolgten diese gezielt weiter, falls sich während des Gespräches Hinweise dafür ergeben hatten. Außerdem stellten wir allen Patienten Aufgaben, die darauf abzielten, das Denkvermögen zu überprüfen sollten. Gegen Ende konnte auch derjenige, der mitgeschrieben hatte, noch Fragen zu Themenbereichen stellen, die seinem Eindruck nach nicht ausführlich genug behandelt worden waren. Auch der Patient wurde zum Schluß gefragt, ob er noch etwas mitteilen oder fragen wolle, was ihm am Herzen liege. Wir unsererseits erklärten die Bereitschaft zu weiteren Kontakten, solange wir auf der Station zu tun hätten.

3.3. Datenerfassung

Unmittelbar nach Ende des Gesprächs setzten wir uns zu einem Austausch der noch frischen Eindrücke vom Patienten allgemein und vom Gesprächsverlauf im besonderen zusammen. Besonderen Wert legten wir darauf, daß der "Interviewer" neben den objektiven Informationen und deren subjektiven Darstellung durch den Patienten, auch wiedergab, was er an "szenischer oder situativer Information" (ARGELANDER, 1970) erhielt, d.h. wie er die Gesprächssituation erlebte mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen - auch wenn der Patient schwieg. Besonders wichtig bei der gemeinsamen Besprechung der Nachuntersuchung erschien uns das Mitteilen des subjektiven Erlebens des Interviewers, da jeweils derjenige, der mitgeschrieben hatte, durch die Mitschrift voll beschäftigt war, und ihm dadurch sonst manche Information entgangen wäre. Diese Eindrücke bildeten zusammen mit den während der Untersuchung mitgeschriebenen Aussagen und Auffälligkeiten des Patienten die Grundlage für die Auswertung der Nachuntersuchung.

Im nächsten Schritt haben wir die Informationen aus der Krankenakte gesichtet, deren Umfang und Informationsgehalt von Patient zu Patient und auch über die Jahre hin wechselte. Allgemein sind die Akten umfangreicher bei Patienten mit stark wechselndem psychopathologischem Bild oder mit besonders störendem Verhalten (Aggressivität, Querulieren u.s.w.), knapper bei Patienten mit angepaßtem Verhalten oder autistischem Rückzug.

Dritte Personen, d.h. Angehörige oder das therapeutische Personal haben wir nicht in die Nachuntersuchung miteinbezogen. Wir haben uns aber um Angaben von diesen bemüht, falls die Krankenakte oder das Gespräch Lücken aufwies, und wir deshalb auf diese Informationen angewiesen waren.

3.4. Abfassung der Patientenbeschreibung

Anschließend schrieben wir die Schilderung der Nachuntersuchung und die Daten aus der Krankenakte nieder. Wir haben uns bemüht, in diesem Bericht die wichtigsten Informationen über die Krankheit des Patienten aufzunehmen, wobei wir uns immer so kurz gehalten haben wie möglich. Zu jeder Kasuistik schrieben wir eine Zusammenfassung, die in die gedruckte Arbeit mitaufgenommen wurde. Diese Zusammenfassung ist ein Beleg für unsere Daten. Sie reicht aber als Rechtfertigung für unsere Schlußfolgerungen nicht aus und wird einem kritischen Leser zur Klärung strittiger Fragen nicht genügen. Ein gedrucktes Exemplar mit den ausführlichen Kasuistiken befindet sich im Archiv der Psychiatrischen Klinik der Universität München.

Gemäß unseren Intentionen versuchten wir, ein möglichst aussagekräftiges Bild vom Tagesablauf des Patienten, seinen Lebensgewohnheiten, sei-

nen Interessen und Hobbies, seinen Beziehungen zu Mitmenschen und Angehörigen und von seiner affektiven Beteiligung daran zu erhalten. Des weiteren stellten wir Fragen zur Biographie, um das Leben, das er jetzt führt, mit früher zu vergleichen, um zu sehen, woran sich der Patient im Vergleich zu den alten Eintragungen in der Krankenakte noch aktiv erinnert, und auch mit dem Ziel, Material für psychodynamische Überlegungen zu Tage zu fördern. Insbesondere wollten wir auch noch wissen, welche Wünsche, Befürchtungen und Hoffnungen der Patient hat, welche Perspektiven er in seinem Leben sieht und wo er resigniert hat. Pathopsychologische Auffälligkeiten betrachteten und beschrieben wir in Anlehnung an die psychiatrische Symptomenlehre, wie sie von LEONHARD (1948) dargestellt wurde. Diese haben wir mit neueren Darstellungen bei KIND (1979) und bei DEGKWITZ, HOFFMANN, KINDT (1982) sowie mit dem Wörterbuch von PETERS (1984) verglichen, in das bereits die Begriffe des DMS III in der deutschen Bearbeitung von K. KOEHLER und H. SASS eingegangen sind. Daneben hatten wir als Rüstzeug die 4. Auflage des AMDP-Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, dessen Begriffe im Glossar wir gemäß der dort definierten Form benutzten.

Aus der Krankenakte entnahmen wir die Angaben zur Vorgeschichte und zum Krankheitsverlauf. Bei der Darstellung der Vorgeschichte legten wir vor allem Wert auf das Bild der Eltern, wie es vom Patienten und von dritten Personen gezeichnet wurde, auf die Kindheitsentwicklung, die Grundpersönlichkeit, die psychosexuelle Reifung, Partnerbeziehungen. Wir stellten auch die Ausbildung und den beruflichen Werdegang ausführlich dar. Beim Krankheitsverlauf interessierte uns der Beginn der Krankheit, Veränderungen und der aktuell bestehende Zustand.

Unsere Patientenberichte haben wir ausführlich mit Dr. Strauß besprochen. Bei diesen Gesprächen haben wir uns auf eine endgültige Formulierung des Befundes festgelegt.

4. Kasuistiken

Herr A., im Mai 1984

Der 53jährige Patient, der seit 20 Jahren ununterbrochen im Bezirkskrankenhaus ist, wirkt vor allem durch seinen seitlich gesenkten Kopf etwas mißtrauisch. Er ist schlank und relativ klein. Seinen allgemein ordentlichen äußeren Eindruck stören die wirren Haare und das unsanierte Gebiß. Bei der Kontaktaufnahme zeigt er eine verlegene Schüchternheit. Er will eigentlich kein längeres Gespräch führen und ist bei Fragen zu seiner Situation recht desinteressiert. Nur beim Erzählen seiner Wahnvorstellungen geht er mehr aus sich heraus. Er wirkt dabei getrieben und fürchtet, daß ihm jemand etwas antun könne. Diese innere Spannung drückt sich auch dadurch aus, daß er häufig rastlos im Zimmer herumgeht. Oft bricht er angefangene Sätze ab oder stottert herum und murmelt dann unverständlich vor sich hin. Mehrmals zeigt er jäh und unerwartet ein nicht angebrachtes explosives Lachen. Sein Denken ist massiv zerfahren im Sinne einer paralogischen Denkstörung und nur durch ständige Aufforderung kurzzeitig bei einem Thema zu halten. Er verquickt sachliche Angaben mit seinen Ideen und verliert sich darin. Er berichtet von Stimmenhören, erkennt Personen, was er aber selbst relativiert und schwankt zwischen dem Bewußtsein seiner Erhöhung zu Gott und der Furcht vor der Verdammnis. Er schildert Körpersensationen und steht durch seine Deja-vu-Erlebnisse zu seinem ganzen eigenen Erleben und Tun auf Distanz. Außerdem fürchtet er seine bevorstehende Hinrichtung.

In der Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt. Herr A. ist aber als Kind nach Angaben der Mutter wie seine ältere Schwester "zu brav" gewesen. Er selbst gibt an, daß er sich seit dem 13. Lebensjahr verändert fühle. Damals habe er in der Schule sehr nachgelassen. Über nichts habe er sich wirklich freuen können. Vom Vater werden ab dem 18. Lebensjahr eine zunehmende Kontaktleere und sonderbares Verhalten beobachtet.

1953 vom Vater ins Bezirkskrankenhaus gebracht, gibt er sich sehr von oben herab und von Erlösungs- und Verdammungsideen eingenommen. Nach eineinhalb Jahren tatenlosen Herumsitzens zuhause bei den Eltern mit gelegentlichen explosiven Ausbrüchen, wechselt er im Krankenhaus von 1956 bis 1959 zwischen Erregungszuständen und Zeiten adäquaten Kontaktes. 1956 zeigt er bizarre Gestik, 1961 für sechs Wochen ein katatonisches Bild. Seither gewinnen die Ideen von seiner Verdammnis bzw. Göttlichkeit für ihn zunehmend an Gewicht. Alle anderen psychotischen Inhalte, die er uns offen bei der Exploration schilderte, sind, wie aus der Krankenakte hervorgeht, nach und nach in den letzten zwanzig Jahren zu Tage getreten. Zwischen 1976 und 1980 wird Herr A. dazu geführt, seine

Körperpflege wieder selbständig auszuführen. Seit diesen Jahren versucht er auch mit der Zeit wieder besser zurechtzukommen. Zweimal wöchentlich geht er in die Beschäftigungstherapie, wo er sich von der Therapeutin besonders angenommen fühlt. Des weiteren macht er in einer linksischen, aber freundlich einnehmenden Art zuverlässig Besorgungsgänge für Mitpatienten. Auf Station geht er immer versonnen für sich durch die Räume. Draußen vor dem Haus beobachtet er mit stetem Interesse Vögel, über die er recht gut Bescheid weiß. Allen möglichen Änderungen seiner derzeitigen Situation begegnet er mit ängstlichem Widerwillen.

Herr B., im Mai 1984

Bei dem 53jährigen Herrn B., der seit 35 Jahren im Bezirkskrankenhaus ist, besteht eine Diskrepanz zwischen allgemein gepflegtem Aussehen und einzelnen groben Auffälligkeiten in der Kleidung. Er zeigt Haltungsanomalien und wirkt bis auf sein monotones Schaukeln recht unbeweglich. Er zeigt den Ausdruck einer stereotypen Gedrücktheit, der aber durch das Gespräch nicht bestätigt wird. Er reagiert recht nachdrücklich auf manche Fragen und zeigt Wärme und Herzlichkeit im Gespräch über einige seiner Bekannten. Auffallend ist, daß wir von Herrn B. für die Jahre 1949 bis 1953 keinerlei Angaben erhalten. Gelegentlich stockt sein Gesprächsfluß oder er kommt ohne Überleitung auf sein Lieblingsthema, die Besuche seiner Mutter. Seine Antworten sind sehr knapp und verlieren sich manchmal in einem Murmeln, dem wir nur noch einige Satzketten entnehmen können. Bei Rechenaufgaben kann Herr B. nicht zwei Schritte hintereinander verfolgen. Bei Sprichwörtern bleibt er ganz am Konkreten. Er vermeidet es, über die Themen Angst und seine Erkrankung zu sprechen.

Bis auf eine Cousine, die mit 20 Jahren vorübergehend absonderlich war, sind in der Familie keine geistigen Erkrankungen bekannt. Herr B., ein guter Schüler und aufgeweckter Junge, wird während der Verfolgung als Jude durch die Nazis in einem Versteck völlig apathisch. Nach kurzzeitigem Aufenthalt in einer Nervenklinik wird er weitgehend gebessert entlassen. Seit einem Rückfall wenige Monate später ist er ständig krank.

1949 wird er von seiner Mutter ins Bezirkskrankenhaus gebracht, wo er über 10 Jahre lang von Stimmen gequält schimpft, schreit und zuschlägt. Er vollführt bizarre Bewegungen, zeigt Manieren und nestelt an seiner Kleidung. Dann aber ist er wieder völlig apathisch selbst gegen die Eltern, läßt unter sich und behält lange bewegungslos vertrackte Stellungen bei. Ab 1961 entwickelt er in der Arbeitstherapie und in der Freizeit auf Station Aktivitäten, die verglichen mit Mitpatienten herausragend sind. Zeiten mit ängstlichen Erregungen und Verschrobenheiten im

Verhalten bestehen allerdings fort. Weitere zehn Jahre später, etwa ab 1971, äußert er zunehmend paranoide Ideen und zieht sich infolgedessen zunehmend wieder von den Mitpatienten zurück. Auch die Arbeitstherapie verweigert er deshalb häufig und besucht sie die letzten Jahre gar nicht mehr. Er hört immer noch ihn ängstigende Stimmen und erkennt Personen. In Jahresabständen zeigt er stärkere, drohende Erregungen gegen Mitpatienten mit bizarrem Verhalten. Meist hält er sich aber beobachtend im Hintergrund.

Herr C., im Mai 1984

Der 63jährige Herr C., der seit 12 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus ist, wirkt körperlich abgezehrt und kraftlos. Mit Armen und Füßen ist er in ruheloser Bewegung. Der Körperstamm ist dagegen unbeweglich. Im Gespräch ist er bereitwillig, aber wenig produktiv. Auffallend ist ein im Gegensatz zu seiner sonstigen gleichgültig-resignierten Stimmung gelegentlich einschließendes maskenhaftes Lachen. Sein Denken bricht manchmal völlig ab und vor allem bei den Rechenaufgaben ist er grob unkonzentriert. Er berichtet von Stimmen, die in seinem Kopf entstunden, belanglose Inhalte hätten, aber trotzdem unangenehm seien. Außerdem sei er dauernd müde.

Seine Eltern schieden gemeinsam aus nicht bekannten Gründen durch Suizid aus dem Leben. Herr C. war das einzige Kind. Während seines Technikstudiums sei sein Wissen 1954 plötzlich völlig weg gewesen. Er habe deshalb das Studium aufgegeben und habe als Techniker gearbeitet. 1947 heiratete er und wanderte mit der Frau nach den USA aus, von wo sie 1959 zurückkehrten. In den USA habe er wegen Depressionen einmal einen Selbstmordversuch gemacht. Nach der Rückkehr sei die Ehe in die Brüche gegangen.

1962 bei der 1. Aufnahme und 1964 im Bezirkskrankenhaus ist er gereizt und patzig. Bei den späteren Aufnahmen ist er ängstlich, ratlos und hilfeschend. Bis 1972 wird er insgesamt fünfmal nach guter Besserung entlassen und arbeitet draußen. Mit anfangs qualifizierten technischen Beschäftigungen und als Hilfsarbeiter vor der letzten Aufnahme 1972 kommt er Monate bis Jahre draußen zurecht, lebt aber dabei immer allein ohne Freundeskreis. In wechselnder Ausprägung zeigen sich bei Herrn C. Denkhemmungen, Beziehungsideen, Beeinflussungserlebnisse und wahnhaftes Verknennungen. Er hört seit 1972 ständig Stimmen und begeht 1974, 1975 und 1980 auf deren Befehl hin Suizidversuche. Herr C. schwankt zwischen Selbstzweifeln und kurzzeitigen Wünschen, sich wieder auf eigene Füße zu stellen. Meist sieht er sein Verbleiben im Krankenhaus als die beste Lösung. Wenn ihn seine Stimmen besonders quälen, zieht er sich ins Bett zurück und geht dann auch nicht zur Arbeitstherapie. Hat er jedoch mehr

Distanz zu den Stimmen, so ist er durchaus für Ansprache oder angebotene Aktivitäten dankbar. Er fühlt sich dabei aber schnell als zu müde.

Herr D., im Mai 1984

Der 55jährige Herr D., der seit 26 Jahre im Bezirkskrankenhaus lebt, ist sauber gekleidet. Die lückenhaften Zähne sind unsaniert. Vom Gesicht her sieht er trotz Falten wie ein Heranwachsender aus. Groß und schlacksig, ist er in ständiger, nervös wirkender Bewegung. In seinem Verhalten uns gegenüber ist er devot, unterwürfig und überfreundlich. Er traut sich wenig zu, bemüht sich aber auf Zuspruch bereitwillig. Lob ruft bei ihm kindliche Freude hervor. Er wird leicht verlegen und errötet oft. Frühere schlimme Zeiten in seinem Leben schildert er sehr unbeteiligt, ebenso auch seine Zeit als Familienvater. Bei heiteren Themen kann er auch frei heraus lachen. Dem Leben draußen steht er mißtrauisch gegenüber, fühlt sich unfähig und schätzt das beschützende und führende Klima im Krankenhaus. Über Halluzinationen sagt er nur: "Die Patienten, die Stimmen hören, sind schlimmer dran als ich." Im Denken ist er geordnet bis auf gelegentliche Wortfindungsstörungen. Er ist motorisch beeinflussbar und zeigt ein angedeutetes Gegengreifen.

Der Vater von Herrn D. wird als sehr nervös und als "explosiver Psychopath" geschildert. Herr D. hat sich schon mit vierzehn Jahren ohne rechten Kontakt zur Umwelt empfunden. Er litt in seiner Jugend an Angstträumen und begab sich mit achtzehn Jahren in psychotherapeutische Behandlung. Ein Chemiestudium brach er ab, nach dem er vorher deswegen nach Schweden ausgewandert war. Er heiratete, ohne aber dann mit der Frau und den beiden Kindern mehr als zwei- bis dreimal im Jahr Kontakt zu haben. Seit der Scheidung 1959 hat er von der Familie nichts mehr gehört.

Nach einer ersten psychiatrischen Hospitalisierung in Schweden, kommt er 1958 ins Bezirkskrankenhaus. Sein Verhalten wirkt anfangs angstvoll, ratlos und verlegen. Er muß zu allem angehalten und wegen erregter Essensverweigerung zeitweise mit einer Magensonde ernährt werden. Deshalb und wegen plötzlicher Gewalttätigkeit muß er mehrmals auf geschlossene Stationen gebracht werden. Bis heute muß man achtgeben, daß er genug ißt. In der Arbeit und in der Freizeit kauft er für Mitpatienten ein und läßt sich leicht ausnützen. Über Ereignisse auf Station ist er gut informiert. Er sitzt oft mit anderen zusammen, redet aber dabei in seiner gleichförmig süß-freundlichen Art nur über Belangloses. Seine Körperpflege und verschiedene andere Tätigkeiten, z. B. Kofferpacken, schafft er nur mit ständiger Anregung von außen. Auf die Arbeitstherapie legt er großen Wert, kann aber nicht dazu gebracht werden, mehr zu übernehmen als Hilfsdienste für die Anderen, obwohl er vom Intellekt

her sicher anspruchsvolleren Tätigkeiten gewachsen wäre. Bei diesen Arbeiten kann er manchmal laut schimpfen, wenn er sich überfordert fühlt.

Herr E., im Juni 1984

Der 59jährige Herr E., der seit 32 Jahren im Bezirkskrankenhaus lebt, ist nachlässig und unsauber gekleidet. Die Haare sind gekämmt und er ist glatt rasiert. Er weigert sich nicht, ein Gespräch zu führen, zweifelt aber dessen Sinn von vornherein an. Nur selten ist er aus der Reserve zu locken und taut dann etwas auf. Meist ist er verlegen und zurückhaltend, und beginnt nie von selbst zu sprechen. Er antwortet zwar auf jede Frage sofort, häufig aber stereotyp mit "ich weiß nicht" und ändert seine sehr dürftigen, unvollständigen und im Vergleich mit der Krankenakte widersprüchlichen Aussagen oft schon im nächsten Satz. Hin und wieder lacht er der Situation wenig angepaßt los. Seine Arme und Beine befinden sich in einem ständigen Bewegungsdrang. Die Körperbewegungen muten insgesamt etwas starr an. Bei den Denkaufgaben fällt eine grobe Unzulänglichkeit, ein Nichterfassen von Bedeutungen und sein völliges energieloses Versagen vor Aufgaben auf, die ihm nicht schon geläufig sind. Gelegentlich sind seine Antworten originell. Für akute psychotische Inhalte bietet die Exploration keinen Anhalt.

Herr E. war ein durchschnittlicher Schüler, erlernte den Beruf des Steindruckers und arbeitete bis zu seiner Militärdienstzeit und nach der Kriegsgefangenschaft wieder ab 1948 in seinem Beruf. Sexuelle Beziehungen zu Frauen hat er nach eigenen Angaben nie gehabt. Seit der Rückkehr aus der Gefangenschaft fiel teils eine abnorme Gleichgültigkeit, teils eine abnorme Erregbarkeit bei ihm auf. Er äußert seit der Klinikaufnahme 1952 eine Menge absurder Ideen, deren Absurdität er zum großen Teil erkennt. Er fühlt sich beeinflusst. Man könne ihm den Appetit nehmen. Er will sich umbringen, um sich von Schuld zu befreien. Man sei gegen ihn eingestellt. Er hat körperliche Mißempfindungen und äußert Ideen mit politischer Thematik. Ab 1953 bis heute zeigt er ein teils ratlos-verstörtes, teils plötzlich auftretendes gewalttätiges Verhalten. Oft ißt er tagelang nichts. Ab 1957 wird in schlechten Phasen Grimassieren beschrieben. Er schwankt viele Jahre zwischen dem Wunsch nach sofortiger Entlassung und dem Verlangen in der Sicherheit des Krankenhauses bleiben zu können. Auch in der Arbeitstherapie wechseln eifrige mit ablehnenden Zeiten. Bis heute kommt es vor, daß er mit großer Brutalität anderen eine Zigarette wegnimmt. Andererseits ist er zwischendurch recht freundlich und selbstkritisch, was seine Zukunftsaussichten betrifft und läuft angepaßt im Stationsbetrieb mit. Zur Körperpflege muß man ihn seit einigen Jahren anregen.

Der untersetzte 54jährige Herr F., der zuletzt seit sieben Jahren im Bezirkskrankenhaus lebt, ist körperlich gepflegt und trägt einen sauberen eigenen Anzug. Will man mit ihm ins Gespräch kommen, ist er recht abweisend und wortkarg, kommt aber mit. Seine Bewegungen beim Reden beschränken sich auf sparsame unterstreichende Handbewegungen. Er schildert seine Situation verbittert als unabänderlich. Bei Fragen nach seiner Frau ist er vermehrt unzugänglich. Im formalen Denken ist er unauffällig. Inhaltliche Denkstörungen äußert er uns gegenüber nicht, bezeichnet sich aber als krank und erklärt, daß er unter wiederkehrenden Angstzuständen leide. Er beendet die Exploration vorzeitig und wird beim Drängen, sie fortzusetzen, zunehmend aggressiv.

Eine Schwester des Patienten sei wegen Wahnvorstellungen stationär und ambulant behandelt worden. Er selbst war bis 16 Jahre Bettnässer und immer recht aufgeregt. In seinem Beruf als Maurer arbeitete er sehr fleißig. 1956 heiratete er. Er hat einen Stiefsohn und zwei eigene Söhne, die sich bis heute um ihn kümmern.

Mit 18 Jahren liegt Herr F. über Wochen im Bett, nimmt stark an Gewicht ab und ist eines Morgens völlig naßgeschwitzt und unansprechbar. Er kommt ins Krankenhaus und ist dort teils motorisch sehr erregt und aggressiv, teils stumpf und teilnahmslos bis negativistisch. Dann wieder ist er weinerlich oder trotzig und mißtrauisch. Bei der körperlichen Untersuchung zeigt sich ein erhöhter Muskeltonus. Er wird gegen ärztlichen Rat entlassen und kommt ein Jahr später wieder in ähnlicher Verfassung ins Krankenhaus. Zwischen 1950 und 1960 führt er ein unauffälliges Leben. 1961 kommt er wieder ins Krankenhaus, nachdem er seit drei Tagen Verfolgungsideen geäußert hatte und nicht mehr arbeitete. Nach einem Monat gewinnt er weitgehende Distanz zu seinen Wahnideen, bleibt aber etwas linkisch und mißtrauisch. In den folgenden Jahren hat er nach eigenen Angaben einmal im Jahr für etwa vier Wochen "seelische Störungen", die er ohne fremde Hilfe bewältigt. 1965 wird er aufgenommen, nachdem er plötzlich gegen seine Frau tötlich wurde. Er ist mißtrauisch und äußert Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Seitdem ist er ständig in ambulanter und wiederholt in stationärer psychiatrischer Behandlung. 1968 wird er berentet. Seit 1977 ist er ohne Unterbrechung im Bezirkskrankenhaus. Beeinträchtigungsideen bestehen fort. Er ist dann gespannt und bedrohlich oder ratlos und zerfahren. Halluzinationen gibt er nur einmal zu. Auch in seinen einsichtigen und gesprächigeren Zeiten bleibt er immer etwas abweisend und bringt wenig eigene Gedanken. Er geht halbtags in die Arbeitstherapie und wirkt insgesamt schwunglos.

Herr G., im Juni 1984

Der 48jährige Herr G., der seit fast 25 Jahren ununterbrochen im Bezirkskrankenhaus lebt, ist gut genährt, wirkt aber von der Körperhaltung her adynamisch. Anfangs freundlich im Gespräch, schlägt seine Stimmung immer wieder um, sodaß seine Reaktion auf unsere Fragen nie vorhersehbar ist. Mit der Zeit wird er immer unwilliger und er beendet das Gespräch dann auch vorzeitig. Er ist in ständiger fahrigter Bewegung und beugt sich manchmal geheimnisvoll zum Gesprächspartner vor. Sein Gesicht ist seltsam undurchschaubar. Beim Sprechen fallen Wortfindungsstörungen, Wortneubildungen, gewollt geschraubte Sätze und vage Antworten mit oft unvollständigen Sätzen auf, wodurch der Sinn stellenweise ganz unverständlich und verworren wird. Er fühle sich durch Geister belastigt und gelenkt, erzählt er mit deutlichem Mißmut und Unwillen. In seiner Familie seien außer ihm selbst alle Herrgott.

Geisteskrankheiten sind in der Verwandtschaft nicht bekannt. Herr G. wuchs ohne Vater mit drei Brüdern auf dem Lande auf. Er zeigte in der Volksschule gute Leistungen und wurde Automechaniker. Mit 22 Jahren gibt er plötzlich, ohne dafür eine Begründung zu liefern, seinen Arbeitsplatz auf und hält sich ein Jahr ohne feste Beschäftigung zuhause bei der Mutter auf. Diese veranlaßt ihn, zur Beobachtung in die Nervenklinik zu gehen.

In München fällt er der Polizei auf, als er am Bahnhof herumlungert. Bei der anschließenden Aufnahme im Bezirkskrankenhaus äußert er verschiedener Größenideen. Sein Blick ist unstet und mißtrauisch-herausfordernd. Seine Stimmungslage wechselt von wurstiger Teilnahmslosigkeit zu gespannter Gereiztheit. Seit damals zeigen sich bei protokollierten Aussagen Neologismen, grammatikalische Fehler und Wortvergreifungen und allgemeines Desinteresse am Denken. Er berichtet von Berührungen oder Würgen durch Geister und imaginäre Personen, und davon, daß diese gelegentlich auch mit ihm reden würden. Man könne seine Gedanken lesen und er werde zu homosexuellen Handlungen getrieben. Teils als Reaktion auf solche Vorstellungen und teils ohne verständlichen Grund schlägt er häufiger zu. 1960 springt er nachts aus dem ersten Stock und verletzt sich ernsthaft. In den letzten Jahren entweicht er mehrmals aus unerfindlichen Motiven und kommt am nächsten Tag von selbst zurück. Auf Station ist er meist mürrisch und hängt antriebsarm herum. In der Arbeitstherapie, die er seit einiger Zeit nicht mehr besucht, waren seine Leistungen immer schwankend. Gelegentlich ließ er die Arbeit plötzlich im Stich, lief ziellos herum und setzte sie auf Aufforderung wieder fort, als ob nichts gewesen wäre. Statt der früheren Großengedanken äußert er jetzt immer mehr Insuffizienzgefühle. Weiterhin wirkt er oft unterschwellig gespannt und aggressiv. Gerne geht er im Gegensatz zu seiner sonstigen Lethargie in die Beschäftigungs- und Musiktherapie.

Herr H., im Juli 1984

Der 60jährige Herr H., der seit 36 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus lebt, trägt ordentliche eigene Kleidung. Er grüßt höflich, aber zurückhaltend und befürchtet, daß in einem Gespräch alte Geschichten wieder aufgerührt würden. Auffallend ist ein starkes Zittern der Hände und bei Themen, die ihn stark anrühren, auch der Gesichtsmuskulatur vor allem im Mundbereich. Sein Blick ist meist angestrengt starr, passend zu seiner Stimmung. Er ist aber schon zu etwas heiteren Momenten fähig und kann auf der anderen Seite auch unwillig werden, wenn er uns etwas sprachlich nicht vermitteln kann oder wenn ein Thema ihn aufwühlt. Soweit wir ihn nach Dingen des täglichen Lebens fragen, kann man sich mit ihm verständigen. Bei gefühlsbetonteren Frageinhalten oder wenn er selbst widerspricht, gerät er in zunehmende Zerfahrenheit mit vielen Neologismen, geschraubten Formulierungen, Abbrüchen im Satz bis zu völligem Entgleisen. Inhaltlich finden sich Beeinflussungserlebnisse, die von ihm oft mit Begriffen aus der Elektrotechnik angedeutet werden, und Äußerungen, die auf hypochondrische Körpergefühle schließen lassen.

In der Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt. Von Beruf Elektriker und Filmvorführer wurde er nach Kriegsteilnahme 1946 aus der Gefangenschaft entlassen. Seine Schwester berichtet von einem traumatischen Erlebnis des Patienten, als er an der Exhumierung von Leichen teilnehmen mußte. Seitdem sei er krank.

Nach acht Monaten in einer auswärtigen psychiatrischen Klinik kam er 1948 aus einem Flüchtlingslager ins Bezirkskrankenhaus. Er redet daneben, läßt viele Fragen unbeantwortet, wirkt ganz abwesend oder schimpft verworren. Er wechselt von 1949 bis 1970 ständig zwischen Zeiten, in denen er verworrene Antworten gibt, manchmal mutistisch ist oder mit sich selbst spricht, desorientiert ist, grimmassiert, mit starrem Blick dasitzt und zu plötzlichen wirren Handlungen neigt und zwischen anderen Zeiten, in denen er zugewandt ist, einfache Fragen zutreffend beantwortet und sich in seiner Freizeit sinnvoll beschäftigt. Die Zerfahrenheit in längeren Gesprächen bleibt jedoch bestehen. Ab 1971 äußert er den Wunsch, an Ausflügen teilzunehmen und fährt 1977 allein in Urlaub zu Verwandten. Er bemüht sich selbst um eine Stelle in der Arbeitstherapie und achtet mehr auf sein Äußeres. Dazwischen zeigen sich auch weiterhin vorübergehend wahnhaft motivierte Handlungen, Vergiftungsideen, das Gefühl des von außen Gemachten und viele wechselnde Inhalte, die wegen seiner verworrenen Sprache nicht zu deuten sind. In der pünktlich besuchten Arbeitstherapie schätzt er einfache Arbeiten, die er verständig ausführt. Durch Abwechslungen fühlt er sich leicht überfordert. Auf der Station nimmt er, bis auf gelegentliche ablehnende Zeiten, an Gruppenaktivitäten regelmäßig teil, ohne sich stärker mit anderen anzufreunden. Besucht wird er von seiner Schwester und einer Nichte.

Herr I., im Juli 1984

Der 64jährige Herr I., der seit zehn Jahren ununterbrochen im Bezirkskrankenhaus ist, trägt saubere eigene Kleidung. Er fällt durch seine glasig hervortretenden Augen und hölzerne, abgehackte Bewegungen auf. Er ist nicht abweisend, wenn man ihn anspricht, aber kaum eigenproduktiv und sucht nie von selbst den Kontakt. In seiner Stimmung ist er bei allen Gesprächsthemen gleichbleibend emotionsarm, in der Mimik fast starr. Da ihm das Artikulieren der Worte, das kehlig und stoßweise vor sich geht, schwerfällt, erscheint er beim Sprechen angestrengt. Wenn er aber schweigend dasitzt, wirkt er bald ganz gedankenleer. Es berührt ihn nicht, wenn eine Antwort offensichtlich falsch ist, wenn er mitten in einer Antwort abbricht oder sie ganz schuldig bleibt. Mit ziemlich allem ist er vage unzufrieden, ohne aber Vorstellungen zu entwickeln, was ihm lieber wäre. Sein einziger konstanter Wunsch ist eine Verlegung in ein Altenheim nach Hannover, wofür er aber keine Beweggründe angibt.

In der Familie von Herrn I. findet sich eine cholerische Tante mit Erregungszuständen. Sonst ist nichts bekannt, was auf eine familiäre Belastung hindeutet. Er verlor früh seine Eltern und habe nach dem Tod der Mutter in der Schule stark nachgelassen. Vom Stiefvater sei er gezwungen worden, Lokomotivmechaniker zu lernen. Nach den Wirren der Kriegs- und Nachkriegszeit habe er bei verschiedenen Firmen in der Fertigung gearbeitet, nach seinen Angaben immer in guten Positionen. Er sagt aber nie konkret, als was er beschäftigt war. Er hat sich bei jeder Firma über kurz oder lang mit seinen Vorgesetzten angelegt, da er selbst offenbar sehr hohe bis übersteigerte Ansprüche an die Leistung und Qualität in der Fertigung stellte. Dies führte immer wieder zu Arbeitsplatzwechseln. 1962 wird er, als er eine Mitbewohnerin ohrfeigt und sie verdächtigt, ihn bestohlen zu haben, aus seiner Wohnung gewiesen. In der er Barackensiedlung, in der er anschließend wohnt, tobt er und wird für sieben Wochen in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Dort äußert er Größen- und Beeinflussungsideen. Seine Frau gibt an, daß Herr I. seit einem Jahr nur mehr unregelmäßig und seit sechs Wochen überhaupt nicht mehr gearbeitet habe. Auch in den folgenden Jahren wechselt er oft die Arbeitsstellen, da er mit dem, was produziert wird, nie zufrieden ist, und wird 1966 entmündigt. Daraufhin bringt er seine Frau um, mit der er sich nach seinen Angaben sehr gut verstanden habe. Er habe ihr damit sämtliche Leiden, die durch seine Entmündigung auf sie zugekommen wären, erspart.

Bei der darauffolgenden Aufnahme im Bezirkskrankenhaus ist er mißtrauisch-gespannt, redet gewandt, aber ohne Modulation und oft daneben. Er sucht keine Kontakte, ist einfallslös und in der Motorik hölzern und ohne lebendigen Ausdrucksgehalt. Von der Tötung seiner Frau spricht er ganz unbeteiligt. Es sei ihm durch eine Verbrecherchlique nachgestellt

worden und er habe Kontakt mit hochgestellten Personen. Er ist sehr überheblich gegenüber den anderen Patienten, was auch die Entlassung in ein Eingliederungshelm nach eineinhalb Jahren scheitern läßt. Ab 1972 meint er, man habe sich gegen ihn verschworen, äußert Anschuldigungen, daß er bestohlen werde, beschuldigt Krankenschwestern, daß sie Geschlechtsverkehr mit Patienten hätten, und wird dabei zunehmend gereizter. In seiner Freizeit widmet er sich seinem Hobby, dem Briefmarkensammeln oder geht gelegentlich ins Theater. Er fährt auch alleine in Urlaub zu Bekannten. 1977 verweigert er für längere Zeit die Arbeitstherapie, da man dort abfällig über ihn rede. Ab 1979 werden zunehmende Bewegungsunruhe im Gesicht und am Rumpf bemerkt. Er beklagt sich zunehmend über üble Nachrede, die er von Patienten und Personal zu hören meint. Seit 1982 hat er das Interesse an Hobbies verloren, ist vergesslich, leicht verwirrt und schläft oder döst fast den ganzen Tag.

Herr K., im Juli 1984

Der 83jährige Herr K., der seit 45 Jahren ununterbrochen in psychiatrischen Krankenhäusern lebt, ist sehr rüstig. Er ist ordentlich gekleidet. Gestenreich erzählt er mit kräftiger Stimme Anekdoten, Witze und seine Ansichten. Ist er bei einer Antwort unsicher, so wird er manchmal leise, unverständlich und wiederholt sich stockend. Er wirkt jovial und hat besonderen Spaß an derben, zotigen Bemerkungen. Traurige Themen scheinen ihn wenig zu berühren. Seine Erinnerung an Daten aus seinem Leben ist sehr exakt. Die Begründungen, die er für frühere Handlungen vorbringt, sind oft recht abwegig, was ihn aber in keiner Weise verunsichert. Über das Zeitgeschehen ist er gut informiert. Fragen nach psychotischen Erlebnissen tut er oberflächlich witzelnd ab.

Sein Vater sei nervenkrank und ein aufgeregter Mensch gewesen und habe sich mit 56 Jahren erhängt. Die Mutter sei gestorben, als er acht Jahre alt war, worauf er drei Jahre im Waisenhaus gewesen sei. Die sieben Geschwister seien gesund gewesen. Herr K. lernte Schuhmacher und ist als solcher auch noch viele Jahre im Krankenhaus beschäftigt. Ab 1935 wechselt er alle paar Wochen die Arbeitsstellen. Er verbüßt eine Gefängnisstrafe, weil er öffentlich gegen Hitler geschimpft habe, wird aber als "geisteskrank" vorzeitig entlassen.

Er beschwert sich im Bezirkskrankenhaus, in das er 1939 aufgenommen wurde, häufig in Briefen teils großspurig, teils recht treffend über vielerlei, was ihm zugefügt werde, zieht daraus aber nie Konsequenzen für sein Handeln. Er kündigt auch oft an, daß er für den Hitler keine Arbeit tun wolle, arbeitet aber immer sehr fleißig. Wird die Entlassung ernsthaft ins Auge gefaßt, so lenkt Herr K. ein und äußert, daß er doch ganz gerne da sei. Er weiß sich auf Station einen Freiraum zu schaffen

und bekommt ein eigenes Zimmer im Keller zur Verfügung gestellt, in dem er bastelt und lange Jahre einen Hund hält. Bis heute schäkert er gerne mit jungen Schwestern und lädt sie in anonymen Briefen in sein Zimmer ein. Auffällig teilnahmslos ist Herr K. bei Ereignissen, die ihn eigentlich traurig stimmen müßten. Auf Halluzinationen angesprochen spricht er von "Stimmen im Traum". Fühlt er sich unbeobachtet, so kann man ihn gestikulierend vor sich hinsprechen sehen. Seine Stimmung ist gelegentlich gereizt, meist aber etwas euphorisch gehoben. Er verrichtet bis heute Hilfsdienste als Mesner und fühlt sich dabei wichtig und unabhkömmlich.

Herr L., im September 1984

Der 56jährige Herr L., der seit sieben Jahren abgesehen von einem Entlassungsversuch ständig im Bezirkskrankenhaus ist, wirkt dysplastisch mit massigem Rumpf und dünnen Armen und Beinen. Er hat eine Vollglatze. Herr L. grüßt immer freundlich, beginnt aber von selbst nie zu sprechen. Ohne einem Gespräch zu widerstreben, ist er dabei sehr wenig produktiv. Motorisch wirkt er wenig beweglich jedoch nicht gröber auffällig. Bei Themen, die seine Verwandtschaft betreffen, kann er auch Freude beim Erzählen zeigen. Die Vorstellungen, die er zu seiner Zukunft äußert, sind mehr als dürftig. Immer wieder betont er: "Hier alles gut, keine Probleme." Im Gespräch, besonders bei Rechenaufgaben, bleibt er manchmal hängen und kommt dann auch bei Nachfragen nur sehr mühsam von der zuletzt gegebenen Antwort wieder los. Zur Biographie macht er korrekte, aber sehr knappe Angaben. Seine Nerven seien schlecht, sagt er und lacht dabei amüsiert. Alle von uns abgefragten psychotischen Symptome verneint er.

Herr L. stammt aus Jugoslawien und verlor im Alter von fünf Jahren seine Eltern. Die drei Geschwister seien psychisch gesund. Als Schlosser arbeitete er ab 1966 in Deutschland. Ab 1975 zeigte er zunehmenden Antriebsmangel und arbeitete teils gar nicht mehr. Er saß nur noch zuhause und starrte vor sich hin.

1975 ging er nachts barfuß in die Kirche, redete wirres Zeug und schlug seine Frau. Darauf kommt er in Arrest, wo er laut singt und unansprechbar ist, weshalb er ins Bezirkskrankenhaus überstellt wird. Hier ist er die nächsten zwei Tage stuporös und dann ganz von religiösen Ideen eingenommen. Nach zwei Monaten tut er diese Ideen ab und ist depressiv verstimmt. Nach einem Jahr draußen, in dem er nicht symptomfrei ist, kommt er wieder ins Krankenhaus. Er hatte zuhause aufgrund Gottes Willen, wie er angibt, randaliert. Nach wenigen Tagen wird er freundlich und locker und erzählt, daß er gemeint habe, umgebracht zu werden. Auch habe er befürchtet, Sünden zu begehen. Stimmen habe er aber nicht ge-

hört. Zwei Wochen später ißt er nichts mehr und zeigt ein kataton-stuporöses Zustandsbild. Nach Lockerung der Starre folgt auffallende nächtliche Unruhe. Im Gespräch ist er wieder zugewandt und freundlich. Seit 1977 geht er regelmäßig in die Arbeitstherapie, wird an Wochenenden von seiner Frau abgeholt und trifft sich zuhause auch mit Verwandten. Auf Station ist er ab 1978 lahm und weitgehend ohne Kontakte. Es werden fehlende Affektaußerungen und eine starre Mimik beschrieben. Ein Entlassungsversuch 1982 wird durch seine Frau bald abgebrochen, da er zuhause wieder randaliert. Bei der Rückkunft mutistisch, ist Herr L. am nächsten Morgen wieder zugewandt und erzählt, daß es ohne Beschäftigung zuhause nicht gegangen sei.

Herr M., im September 1984

Der 58jährige Herr M., der seit 21 Jahren fast ununterbrochen in Bezirkskrankenhäusern lebt, ist schlank und mittelgroß. Kopf und Oberkörper hält er verspannt überstreckt. Zunge und Mund bewegt er mühsam beim Sprechen. Er ist schlampig gekleidet und frisiert. Er freut sich auf das Gespräch und redet uns teils plump vertraulich, teils überförmlich an. Seine Mimik und Gestik ist theatralisch, faxenhaft. Sein Lachen erstarrt häufig zu einem "blöden" Grinsen. Er ist ständig flach euphorisch, auch wenn seine unüberlegten Begründungen als "Schmarrn" bezeichnet werden. Logische und unlogische Schlüsse haben für ihn den gleichen Stellenwert. Glaubt er einen Überraschungseffekt damit erzielt zu haben, interessieren sie ihn nicht mehr. Ähnlich spielerisch und ohne tiefere Reaktion stellt er viele seiner "Ideen" vor. Während er bei Rechenaufgaben schnell und richtig antwortet, sind bei den Unterschiedsfragen und Sprichwörtern teils passende, teils sehr unzulängliche Antworten zu erhalten.

Bei Fragen zur Kindheit erinnert er sich fast ausschließlich an boshafte Streiche, die er gespielt hat. Nach Krieg und Gefangenschaft arbeitet er noch kurz im erlernten Beruf und später als Hilfsarbeiter. 1951 heiratet er, lebt bald zeitweise getrennt und wird 1961 als Vater von drei Kindern geschieden. Seit der Zeit hat er sich nie mehr um Kontakt zu seiner Familie bemüht.

Herr M. ist erstmals 1952 für zwei Wochen im Bezirkskrankenhaus Regensburg, in den Fünfziger Jahren mehrmals zur Begutachtung bei Nervenärzten und seit 1961 fast ständig in Bezirkskrankenhäusern, davon seit 1971 in Haar. Seit der Rückkehr aus der Gefangenschaft leidet er an hypochondrisch klingenden Beschwerden und hat Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, auf die er gewalttätig reagiert. Er beklagt Gedankenentzug und Gedankenaufdrängen. Es fällt eine Zerfahrenheit im Reden auf. Schon 1952 schreibt er Briefe, deren Stil er bis heute beibehält,

an die Regierung. Er führt darin krankheitsuneinsichtig Beschwerde und macht sich durch "leeres Gerede" wichtig. 1961 fällt auf, daß er auch Dinge, die ihn ärgern müßten, läppisch lachend vorbringt, für eigenes Versagen unlogische Ausreden bringt und die Schuld bei anderen sucht. In dem Jahr erzählt er auch sehr phantastische Ideen. Er bringt viele geschraubte Wörter und Neologismen. Bis heute äußert er einen Wust von Wahnvorstellungen, darunter viele angeblich gehörte sexuell gefärbte Beleidigungen, wobei man nicht sicher ist, ob er sich damit nur vor dem Arzt produzieren will oder tatsächlich so erlebt. Seine Mimik und Gestik werden als verschroben geschildert. Trotz des dauernden schriftlichen Querulierens will er im Krankenhaus bleiben und macht hier täglich zuverlässig Botengänge für die Verwaltung des Krankenhauses.

Herr N., im September 1984

Der sehr ordentlich gekleidete große und asthenisch wirkende 51jährige Herr N., der seit 19 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus lebt, versteht seine Körperpflege anscheinend sehr penibel. Im Gespräch ist er höflich und bereitwillig, ohne von selbst die Initiative zu ergreifen. Wird er nicht gefragt, so versinkt er in sich. Einige Themen spart er im Gespräch aus und weigert sich auch bei Nachfragen beharrlich, darüber zu sprechen. Er bestätigt dieses Nichtwollen, ohne dabei gereizt zu wirken. Er sitzt ruhig, bewegungsarm da und wirkt mimisch monoton gedrückt, ohne sich aber nach seinen eigenen Aussagen depressiv zu fühlen. Manchmal lächelt er leise, entschuldigend. Im Verhalten und Denken ist er geordnet. Teilweise antwortet er etwas zögernd, verlangsamt und sein Denken kreist oft um Insuffizienz- und Verarmungsgedanken. An Heiraten habe er nie gedacht. Er sei nur wenig mit Frauen umgegangen. Ausgesprochen wortkarg antwortet er beim Thema Kriegsdienst und Gefangenschaft.

Über Geisteskrankheiten in der Familie ist nichts bekannt. Seine Eltern lebten als Deutschstämmige in Ungarn. Herr N. geht mit siebzehn Jahren trotz angeblich guter Leistungen ohne Abschluß vom Gymnasium und meldet sich nach kurzer Malerlehre zur SS. Nach der Gefangenschaft arbeitete er als landwirtschaftlicher Arbeiter. Er wechselt seine Arbeitsstellen recht oft, weil er sich von den Bäuerinnen sexuell herausgefordert fühlte oder aus anderen wenig stichhaltigen Gründen, die an Verfolgungsideen denken lassen. Herr N. sagt, daß er schon mit siebzehn Jahren "nicht mehr hundertprozentig" gewesen sei. Sein Berufswunsch sei Sänger und Schauspieler gewesen. Er macht aber keinerlei Versuche, eine Ausbildung in dieser Richtung zu erhalten.

Nach den ersten drei Aufnahmen 1949, 1955 und 1961 kommt es zu mehrjährigen guten Remissionen. Herr N. drängt nach diesen Aufenthalten auch

von sich aus auf Entlassung. Seit der Aufnahme 1965, nachdem er Stimmen gehört und sich in suizidaler Absicht von einer Brücke gestürzt hatte, fühlt er sich dem Leben draußen nicht mehr gewachsen. Bei den ersten Aufnahmen steht bei ihm großsprecherisch-nörgelelndes, distanzlos-läppisch-oberflächliches und leicht maniert-theatralisches Verhalten im Vordergrund. Dazu äußert er 1949 eine recht makabere optische Halluzination. Seit 1964 treten hypochondrische und zwanghafte Befürchtungen in den Vordergrund. Er sei geschlechtskrank und fürchtet andere anzu-stecken. Bis heute hat er ängstliche Verstimmungen, in denen er be-drückt ist. Erst in den letzten Jahren berichtet er von Stimmen, die er mindestens seit 1965 gehört habe, sagt aber nicht, ob er sie auch jetzt noch höre. Herr N. erscheint als wortkarger, gesetzter, gepflegter und im Rahmen der Station selbständiger Mann, der fleißig in der Gärtnerei arbeitet. Sein ganzes verdientes Geld spart er auf. Er sucht bei seinen Verstimmungen, die möglicherweise auch Suizidtendenzen enthalten, Hilfe beim Arzt und fürchtet sich vor den Anforderungen eines Lebens außer-halb des Krankenhauses.

Herr O., im Oktober 1984

Der 57jährige Herr O., der seit 27 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus ist, vernachlässigt die Körperpflege und trägt veraltete Anstaltsklei-dung. Ohne Widerstreben und ohne Anzeichen, daß es ihm zuviel wird, aber auch ohne selbst etwas dazuzutun, antwortet er sehr knapp, oft nur mit zustimmendem oder verneinendem Brummen, unsere Fragen. In den Bewe-gungen ist er langsam und müde mit gelegentlichen Verlegenheitsbewegun-gen. Weder bei traurigen noch bei freudigen Gesprächsthemen, weder bei Vorhaltungen noch bei Ermunterungen zeigt Herr O. Gefühle. Er wirkt sehr affektarm und ausgesprochen gleichgültig. Einzig als wir ihm eine Heimverlegung vorschlagen, lehnt er ab. Gelegentlich lächelt er unab-hängig von der gefühlsmäßigen Bedeutung des gerade Gesagten. Außer den kurzen reaktiven Antworten erzählt er einige alte Erinnerungen im Tele-grammstil, wobei beim Thema 'Einweisung ins Krankenhaus' Einträge in der Krankenakte zeigen, daß Herr O. schon seit vielen Jahren dieselben Formulierungen gebraucht. Inhaltliche Denkstörungen sind nicht zu er-fragen.

Die Bedeutung einer Hirnhautentzündung im Vorschulalter für die unter-durchschnittlichen Leistungen von Herrn O. bei den Intelligenzprüfungen sowie den geringen Schulerfolg und seinen ausschließlichen Arbeitsein-satz im elterlichen Hof lassen sich aus den Unterlagen nicht feststel-len. Informationen von Ärzten aus dem Heimatdorf liegen nicht vor. Nach Aussagen des Patienten und Angaben gegenüber der Polizei muß der Pati-ent schon Jahre vor der Krankenhausaufnahme 1957 im Heimatdorf durch

Beeinträchtigungsideen und daraus resultierenden Drohungen aufgefallen sein.

Im Bezirkskrankenhaus wird er unmittelbar nach den beiden Aufnahmen als redseelig mit inadäquatem Lachen beschrieben. Nächtliche ängstliche Unruhe und abweisende bis drohende Verstimmungen kommen bis etwa 1970 vor. Bis heute wird beobachtet, daß er in der Arbeit manchmal vor sich hin spricht oder beim Spaziergehen gestikuliert. Er ist bis auf die Zeiten kurz nach den Aufnahmen immer auf Stationen, von denen er Ausgang hat, nutzt diesen aber einzig und allein zu einsamen Spaziergängen. Um Beziehungen zu Mitpatienten bemut er sich nicht. Solange Herr O. zu seinen Wahnideen Stellung nahm, zeigte es sich, daß er noch daran festhielt. Er arbeitet seit vielen Jahren in der Krankenhausküche, zuerst als Spüler, jetzt als Abtrockner. Selbst seine Freizeit verbringt er an seinem Arbeitsplatz. Sonst zeigt er keine Interessen.

Herr P., im Januar 1985

Der 41jährige Herr P., der nach 1980 und 1981 jetzt seit einem Vierteljahr zum drittenmal im Bezirkskrankenhaus ist, kleidet sich recht schmutzig. Er hat fettige Haare, unsanierte braune Zähne und gelbe Nikotinfinger. Er ist pyknisch, relativ klein und hat einen schmalen Schultergürtel. Er schüttelt uns übertrieben die Hand und beginnt distanzlos und etwas großspurig zu sprechen, wird aber dann bald schwungloser, wobei ihm die Augen halb zufallen und zeigt einen immer schlafere mimischen Ausdruck. Sein Affekt geht nicht tief. Er gibt sich gern den Eindruck als würde er über den Dingen stehen, zeigt aber doch Verlegenheit bei Themen, die ihm peinlich sind. An einigen Lieblingsthemen bleibt er hängen. Er fängt groß an, als ob er Wichtiges zu erzählen habe, trifft aber nicht den Kern. Er versucht sich an "besonderen" Wörtern. Seine Begründungen sind kurzschlüssig. Beim Erklären von Sprichwörtern versagt er völlig. Er schildert ganz offen Halluzinationen, die er als Schmarren bezeichnet. Genauer befragt läßt er aber eine wirkliche Distanz dazu vermissen. Er fühlt sich fremdbestimmt und führt seine Erkrankung auf zwei Insektenstiche zurück. Sein linkes Auge zwinkert tickartig. Um die Mundwinkel hat er ein nervöses Zittern und immer wieder macht er Ansätze, sich etwas von der Sitzfläche des Stuhls zu erheben.

Die Großmutter mütterlicherseits habe Denkersplitterung gehabt und sei ganz durchgedreht. Herr P. ist gelernter Schlosser und wanderte 1967 mit den Eltern und Geschwistern nach Australien aus. Gegenüber Frauen war Herr P. nach seinen Angaben immer schüchtern und er war nie verlobt oder verheiratet. Aus Australien wurde er 1973 wegen des Verdachts einer Psychose abgeschoben. 1976 entwickelte er einen massiven Verfol-

gungswahn und trank vermehrt Alkohol.

1978 bei der ersten Aufnahme in der Uninervenklinik zeigt er ein anfänglich starres, bald aber ein sehr buntes Bild mit eingestreutem roboterhaftem Auftreten, maniformen, gezieltem, widerstrebendem Verhalten und wirren Antworten. Er erzählt Beeinflussungserlebnisse, eigenartige körperliche Mißempfindungen bis zur Behauptung, seine linke Körperhälfte sei eine andere Person gewesen. Nach einigen Tagen ist er eher niedergeschlagen, sieht seinen Zustand zum Teil ein und äußert Angst vor den einsamen Abenden in seinem Zimmer nach der Entlassung. 1979 kommt er auf Veranlassung seines Arbeitgebers erneut in die Klinik. Er berichtet weitschweifig von akustischen und hypochondrischen Halluzinationen und Beeinflussungen in den letzten Tagen. Bald wird er wieder situationsadäquat entlassen, wirkt aber noch manchmal distanzlos und etwas flach. 1980 kommt er körperlich ungepflegt und aggressiv ins Bezirkskrankenhaus. Er zeigt bizarr-manieriertes Verhalten, äußert sprunghaft diverse Größenideen und absonderliche Wünsche. Nach vier Wochen ist er schlagartig geordnet. 1981 kommt er freiwillig, da er sich beeinträchtigt fühle, und spricht viel von Telepathie, die er beherrsche. 1984 wird er von seiner Tante gebracht, nachdem er seit Monaten nicht mehr arbeitete, und ohne sich um etwas zu kümmern, in seiner Wohnung saß. Er lacht inadäquat, schildert alles, was mit ihm geschah, recht gleichgültig, und seine Aufmerksamkeit ist abspringend. Vor allem gegenüber Frauen ist er distanzlos. Er arbeitet fleißig in der Krankenhausgärtnerei und zeigt in den letzten Wochen das in der Nachuntersuchung beschriebene Bild.

Frau A., im November 1984

Die 76jährige kleine und sehr schwächliche Frau A., die seit 36 Jahren im Bezirkskrankenhaus lebt, ist sauber aber anspruchlos gekleidet und frisiert. Sie kommt nach Aufforderung freundlich lächelnd zu uns und erzählt bereitwillig. Dem widerspricht ihre abgewandte Sitzhaltung im Gespräch und die nur formale Geste des Händeschüttelns. Ihre Stimmung wechselt zwischen freundlich und etwas nachdenklich-introvertiert bis leicht gedrückt. Bei sehr persönlichen Themen sehen wir keine tief empfundenen Gefühlsregungen. Denkaufgaben und komplexere Fragestellungen beantwortet sie sehr unzulänglich, jedoch nicht paralogisch. Auffallend ist, daß sie äußert, bei einer Blutübertragung das Blut süßlich empfunden zu haben. Bei ihrer Weigerung, das Krankenhaus zu verlassen, scheinen Bedrohungsängste durchzuschimmern.

Ihre Schulleistungen deuten auf eine eher geringe Intelligenz. Weitere Angaben zur Vorgeschichte sind unzuverlässig. Ob ihre Landstreicherei durch die Zeitumstände bedingt oder bereits Ausdruck ihrer Erkrankung

war, ist nicht sicher zu entscheiden.

Der Krankheitsausbruch 1948 im Alter von vierzig Jahren mit Verfolgungs- und Ermordungsängsten geht über in einen völligen Rückzug. In den Fünfziger Jahren werden noch dreimal Zeiten beschrieben, in denen sie gereizt und abwehrend reagiert. Sie hört dabei ihr unangenehme Stimmen, empfindet Gedankeneingabe sowie Gedankenentzug, verspürt nicht nachvollziehbare Sensationen des Körperinneren und neigt zu bizarrer Aufmachung in der Kleidung. Seither erreicht sie einen gewissen Abstand zu den psychotischen Erlebnissen. Die zeitliche Orientierung zur Lebensgeschichte hat sie vor vielen Jahren verloren. Sie verläßt das Krankenhaus fast nie, sieht für sich keine Zukunft mehr außerhalb und verbringt ihre Zeit mit Besorgungsgängen. In der Freizeit hilft sie emsig bei den Hausarbeiten und liest Romanheftchen. Seit einem Jahr benötigt sie Hilfe bei der Körperpflege. Sie sucht das Gespräch mit Mitpatienten, spricht aber dabei nur floskelhaft.

Frau B., im November 1984

Die 75jährige Frau B., die seit 45 Jahren im Bezirkskrankenhaus lebt, ist eine kleine, dicke ordentlich gekleidete Frau. Die Haare hat sie unordentlich frisiert. Sie macht mimisch und gestisch den Eindruck einer zugewandten und interessierten älteren Frau. Von äußeren Vorgängen läßt sie sich sehr leicht ablenken. Sie geht auf alle unsere Fragen ein, ohne sie vorschnell zu beantworten. Fragen wir länger nichts, so erzählt sie weiter, als ob sie noch immer an sie gestellte Fragen beantworten würde. Mit den Händen ist sie dauernd in Bewegung und sie wechselt ständig ihre Sitzposition. Bei wahnhaften Inhalten ist ihr Affekt diesen angepaßt. Sonst ist ihr Affekt wenig moduliert und sie redet mit gleichförmig hoher Stimme. Sie spricht grammatikalisch fehlerhaft, läßt Wörter aus, verkürzt Sätze zu einzelnen Wörtern oder rafft die Bedeutung zweier Wörter zu einem Wort zusammen. Dabei schweift sie schnell in ihre Wahninhalte ab und es ist ihr dann nicht mehr zu folgen. Bei den Denkaufgaben antwortet sie sehr unzulänglich. Frau B. äußert zwar Absichten, setzt sie aber erst in die Tat um, wenn sie zusätzlich von außen angeregt wird. Sie deutet akustische Halluzinationen an. Im Vordergrund stehen aber mannigfaltige Personenverkennungen, die sich zwar feststehend um ihre vielen eingebildeten Kinder drehen, in die aber alle neu in Erscheinung tretenden Personen und Geschehnisse einbezogen werden. Vorgänge, die sie betreffen deutet sie wahnhaft um mit Beziehungs- und Verfolgungsideen.

Eine Großmutter war schwermütig und erhängte sich. Frau B. war nach Aussage des Vaters immer eigen, jedoch direkt verändert sei sie erst seit einem halben Jahr vor der Klinikaufnahme gewesen.

Sie schildert bei der Aufnahme 1939 mit teilweiser Krankheitseinsicht optische Halluzinationen, Stimmenhören, den Eindruck einer veränderten Umwelt und Beeinflussungsgefühle. Die Jahre darauf schildert sie viele groteske Körpersensationen. In den ersten zehn Jahren ihrer Erkrankung ist sie in Erregungen rücksichtslos gewalttätig. Ihre Krankheitseinsicht schwankt und bis heute verkennt sie ständig Personen und bezieht Vorgänge auf sich, was sie dann massiv beunruhigen kann. Mit ständiger Wahngewißheit kreist ihr Denken um ihre vielen "Kinder", deren Entstehung sie völlig paralogisch erklärt, und um die sie sich aufopfernd kümmert. Sich selbst hält sie für eine andere Person. Dabei ist sie jetzt auf der Station gut angepaßt, mit Mitpatientinnen in lebendigem Kontakt und noch eine eifrige Näherin.

Frau C., im November 1984

Die 75jährige Frau C., die abgesehen von einer kurzen Unterbrechung seit fünfzig Jahren im Bezirkskrankenhaus lebt, ist klein und von kräftigem Körperbau. Ihre Gesichtszüge wirken grob. Sie ist altersentsprechend gekleidet und nicht unsauber. Sie kann, nachdem wir es vereinbart haben, das Gespräch kaum erwarten. Sie geht recht steif und mühsam und atmet beim Bücken schwer. Alle mimischen Bewegungen bleiben länger und lösen sich zäh. Ihr Lachen oder ihre Empörung drücken sich überzogen im Gesicht aus. Ihr Affekt wirkt wenig tiefgehend. Nur als sie ihre Sterilisation anspricht und als sie im Rechnen versagt, scheint sie peinlich berührt. Bei manchen Themen überrascht sie durch ein lebendig ausgesprochenes und klares Urteil. Will sie etwas rechtfertigen, so genügen ihr auch unzureichende Begründungen. Bei Sprichwörtern kommt sie nicht auf den Kern. Inhaltliche Denkstörungen kommen nicht zum Vorschein.

In der Familie sind keine psychischen Erkrankungen bekannt. Sie sei in der Schule immer mitgekommen und habe dann als Hausmädchen in vielen Stellungen gearbeitet. Mit etwa 23 Jahren sei die Erkrankung losgegangen. Sie sei durch den Kaffee einer Hausfrau vergiftet worden, habe nicht mehr richtig denken können, habe sich hypnotisiert gefühlt und gar nicht mehr gewußt, was sie tat. Ihr Herz habe geklopft, und sie habe so gezittert, daß sie geglaubt habe, sterben zu müssen. Im Kopf habe sie Geräusche wie in einer Telefonzentrale gehört und sie hätte viele lebhaftes Träume gehabt.

Bei der Aufnahme 1934 ist sie albern, vielgeschäftig und grimassiert. Sie ist zeitweise etwas zerfahren, aber unbeeinträchtigt in der Intelligenz und Orientierung. In den folgenden Jahren ist sie teils laut und albern, über manches erregt, ohne Konsequenzen zu ziehen, dann wieder zeigt sie manieriert gebundene Bewegungen und einen starren Gesichtsausdruck. 1938 schmückt sie sich absonderlich mit Blättern und Papier.

Ein Entlassungsversuch scheitert im gleichen Jahr, als sie ihre Schwester mit einem Messer bedroht. Sie ist dann ab 1939 ohne Unterbrechung im Krankenhaus. Als fleißige selbständige Arbeiterin geschätzt, kommandiert sie gerne Mitpatienten und beansprucht für sich die besten Kleider. Andererseits nimmt sie sich auch in netter Art hilfsbedürftiger Mitpatienten an. Einen Freund pflegt sie über viele Jahre bis zu seinem Tod. Als sie 1950 einmal auffällig verworren ist, gibt sie an, daß sie im Kopf immer noch so ein Gefühl habe, als ob sie elektrisiert oder hypnotisiert werde. Bis heute lehnt sie den Kontakt zu ihren Schwestern, außer zur jüngsten, erregt ab. Jährlich einmal fuhr sie lange Zeit nach reiflicher Planung allein an einen Wallfahrtsort. Das Datum ihrer Einlieferung bezeichnet sie als ihren Jubiläumstag und feiert ihn jedes Jahr. Trotz einer starken Herzinsuffizienz hilft sie noch in der Küche und macht Besorgungsgänge. Was um sie vorgeht, beobachtet sie unauffällig, aber mit Interesse.

Frau D., im November 1984

Die kleine 62jährige Frau D., die seit 25 Jahren ununterbrochen im Bezirkskrankenhaus ist, trägt saubere Krankenhauskleidung ohne individuelle Note. Sie zeigt bei Ansprache einen leeren Gesichtsausdruck mit ständigem breitem Grinsen. Bei längerem Unterhalten schwankt sie zwischen Gehenwollen und dem Wunsch nach Kontakt, was sich auch in der halb zu- und halb abgewandten Körperhaltung ausdrückt. Kein Thema scheint sie gefühlsmäßig tiefer zu berühren. Von selbst spricht sie nicht, außer dem unerwarteten Aufsagen eines Gedichtes. Ihre Antworten erfolgen schnell ohne viel Überlegung und sind bald wieder erschöpft, sodaß sie meist nur einzelne Wörter oder Satzketten hinwirft. Dabei zeigen sich Echolalien und ein Haftenbleiben an vorher gestellten Fragen. Irgendein Krankheitsgefühl, Verfolgungserlebnisse oder Stimmenhören verneint sie bei der Nachuntersuchung.

In der Familie sind keine psychischen Erkrankungen bekannt. Frau D. habe bis zum Alter von 15 Jahren gut gelernt. Ab dieser Zeit habe sie Stimmen gehört, die sie bedroht hätten. Sie habe deshalb häufig ihre Stellungen als Hausgehilfin gewechselt. Von 19 bis 24 Jahren habe das Stimmenhören nachgelassen.

Mit 25 Jahren kommt sie das erste Mal für einen Monat in die Nervenklinik. Die Mutter gibt an, daß die Patientin das Bett tagelang nicht mehr verlassen habe, sehr verschlossen geworden sei und unmotiviert gelacht und geweint habe. Sie sei nachts oft aufgestanden und habe gemeint, die Wäsche rieche komisch. In der Klinik spricht sie nicht spontan und verneint oft Fragen, die sie anschließend bejaht. Sie fühle sich verfolgt, träume, daß sie umgebracht werde und beklagt das Erkalten der Sympa-

thiegefühle gegenüber den Eltern und anderen Menschen. Dann antwortet sie nur noch mit Kopfbewegungen. Mit 37 Jahren wird sie von der Mutter ins Bezirkskrankenhaus gebracht, die angibt, daß Frau D. vor zwölf Jahren kaum gebessert entlassen worden sei und sich in letzter Zeit wieder zunehmend verfolgt gefühlt habe. Die Patientin spricht nicht spontan, antwortet aber bereitwillig jedoch sehr dürftig. Zeitangaben sind gar nicht zu erfragen. Bei der körperlichen Untersuchung wehrt sie ab und will davonlaufen. Anfangs ängstlich erregt, weicht sie dann ein Jahr lang mit stereotypen Fragen dem Arzt und den Schwestern nicht von der Seite, ist gerade nachts oft sehr unruhig und zeitweise unrein. Drei Jahre später ist sie nochmals kurze Zeit ähnlich ruhelos und lästig mit monotonen Fragen. Dazwischen und danach ist sie bis heute zurückgezogen, ruhig, ohne Kontakte und im Gespräch sehr einsilbig mit unmotiviertem Auflachen. Manchmal steht sie im Gespräch über ihr Befinden unvermittelt auf und geht weg. 1970 führt sie Selbstgespräche und wirkt sehr abgelenkt. 1982 stört sie die Nachtruhe, weil sie vor sich hin-spricht. Sie erledigt ihre Arbeiten als Essensfahrerin und im Haus sehr genau, kann sich aber auf nichts Neues umstellen. Ihre Kontakte nach draußen beschränken sich auf ein alljährliches Weihnachtspäckchen von ihrem Bruder.

Frau E., im Dezember 1984

Die schlanke, gepflegte 73jährige Frau E., die angespannt-streng erscheint, ist seit 19 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus. Sie hält sich sehr aufrecht und ihre Bewegungen sind rasch und kontrolliert. Sie erzählt bereitwillig mit zunehmendem Rededrang beim Erzählen von Wahnideen, zieht dann Sätze zu wenigen Worten zusammen, verliert manchmal den Faden und zischelt unverständlich. Obwohl sie äußerlich in Erregung gerät und einen roten Kopf bekommt, wirkt sie nicht tiefer betroffen. Sie erzählt sehr plastisch. Geradezu aufdringlich redet sie über Sexuelles, betont aber, daß ihr das Sexuelle nichts bedeute. Sie fühlt sich beeinträchtigt, schildert traumähnliche optische und akustische Halluzinationen, die sie direkt körperlich spüre, und fühlt sich geschlechtlich betastet. Sie und ihre Tochter, um die ihr Denken häufig kreist, seien heilig. Sie habe Beziehungen zu Nazigrößen in ihrem Stadtviertel unterhalten und sei deshalb, sowie wegen Schikanen ihrer Hausmeisterin und wegen sexueller Bedrängnisse hier.

Unehelich geboren habe sie ihren Vater kaum gekannt. Mit zwanzig Jahren habe sie geheiratet, eine Tochter geboren, und ihr Mann sei nach elf Jahren Ehe tödlich verunglückt. Geisteskrankheiten in der Verwandtschaft seien nicht bekannt. Laut einem Gutachten war Frau E. bereits in früheren Jahren in psychiatrischen Kliniken.

1961 kommt sie zum ersten Mal ins Bezirkskrankenhaus. Drei Versuche sie zu ihrer Tochter zu entlassen, bei der sie vorher gewohnt hatte, scheitern, und sie kommt spätestens nach einem Jahr aufgeregt und ratlos mit massiven Beeinträchtigungsgefühlen zurück. Die Stärke, in der sie beeinträchtigt wird, wechselt in längeren Perioden. Die Thematik ihrer Ideen, die sie uns in der Nachuntersuchung erzählt, ist seit 1961 gleichgeblieben, ebenso die Auffälligkeiten im Denken und Reden. Lediglich den täglichen Kirchgang, der ihr früher sehr wichtig war, hat sie aufgegeben. Sie ist in der Arbeitstherapie die ganzen Jahre sehr fleißig und verrichtet ihre persönlichen Dinge selbständig. In den letzten Jahren fällt ein zwanghaftes Händewaschen auf, zu dem sie bereits um fünf Uhr früh aufsteht. Obwohl sie sich auf ihrer Station sehr schlecht behandelt fühlt, fürchtet sie panisch eine Verlegung.

Frau F., im Dezember 1984

Bei der 66jährigen etwas korpulenten Frau F., die seit 15 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus ist, fällt die Diskrepanz zwischen relativ gepflegter Kleidung und den sehr strähnigen Haaren auf. Sie ist nach außen freundlich, dabei aber doch auf der Hut, nichts zu erzählen, was sie eigentlich verbergen will. Dabei zeigt sie Verlegenheitsbewegungen und versucht zu beobachten, was wir mitschreiben. Sie fürchtet, daß sich ihre Aussagen in Richtung einer vermehrten Behandlung auswirken könnten. Ein gefühlsmäßiger Kontakt mit geringerer Anspannung bei Frau F. ist herzustellen, wenn man sich intensiv darum bemüht. Er ist aber nicht auf längere Dauer beizubehalten. Dabei zeigt sie manchmal ein linkisch unbeholfenes Kokettieren oder ein etwas kindlich wirkendes Lachen. Im Denken ist sie verlangsamt, umständlich und verschwommen und gelangt nicht bis zum eigentlich Entscheidenden. Sie bringt oft äußerst fadenscheinige Begründungen und vergreift sich bei Wortbedeutungen oder stellt Worte in einen falschen Kontext. Stimmenhören verneint sie und erzählt stattdessen von einer Mitpatientin, die ständig von Stimmen gequält werde.

Der Vater, Direktor einer Weberei, sowie die Mutter starben beide mit über achtzig Jahren. Die Geschwister sind Apotheker und Lehrerin. Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht bekannt. Frau F. arbeitete nach dem Abschluß der Fachschule als Fürsorgerin zuerst in der Tschechoslowakei und nach dem Krieg von 1948 bis 1953 in Bayern. 1953 meinte sie, ein Kesseltreiben werde gegen sie veranstaltet und ließ sich deshalb in eine andere Stadt versetzen. Sie bekam Kopfschmerzen, ging plötzlich nicht mehr in die Arbeit und hörte Stimmen, die über sie abfällig sprachen.

Sie ist deshalb 1953 und nochmals 1954 im Bezirkskrankenhaus, als sie

einen Motorradfahrer verkennt und mit Steinen bewirft. Im Krankenhaus ist sie anfangs sehr bedrückt, später von lauer Unbekümmertheit. Sie will ihr psychotisches Verhalten rational erklären, redet umständlich mit zerfahrenen Phasen und abnormer Wortwahl. 1957 schlägt sie unberechenbar brutal zu. Mannigfaltige verquere Vorstellungen über Verfolgung und Beeinflussung beherrschen ihr Denken. Sie wird nach gewisser Beruhigung, aber ohne Krankheitseinsicht bis 1959 fünfmal zu ihren Eltern entlassen. 1960 kommt sie von selbst zur Begutachtung wieder, da sie in ihren Beruf zurückwolle. Dabei zeigt sie lediglich eine gewisse Affektverflachung. In den sechziger Jahren ist sie teils bei der Familie, teils im Krankenhaus. Sie wechselt zwischen "fader Freundlichkeit und moroser Abwehr". Draußen hört sie, wie die ganze Stadt überschrien wird von den Stimmen der Entlassenen. 1961 versucht sie einen Arzt zu küssen, da er sich das von den anderen auch gefallen lasse. Die oben beschriebenen Auffälligkeiten zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung weiterhin. 1974 beginnt sie im Aufbau einander ähnliche Briefe an die Ärzte zu schreiben, in denen sie von ihr Gefürchtetes anderen zuschreibt, was sie in einem zweiten Brief widerruft. 1980 schreibt sie, sie werde dauernd geschockt und von Männern sexuell belästigt. Über Zeitereignisse ist sie recht gut informiert und fühlt sich bis heute zu Unrecht in Haar. In der Näherei arbeitet sie sehr fleißig. Oft verweigert sie plötzlich, ihre Schwester oder den Bruder zu besuchen. Schwierigkeiten ergeben sich vor allem dadurch, daß sie ihr psychotisches Erleben allgemein auf Personen ihrer Umgebung bezieht.

Frau G., im Dezember 1984

Die 41jährige Frau G., ist seit der zwölften Aufnahme vor fünf Jahren nicht mehr aus dem Bezirkskrankenhaus entlassen worden. Die übergewichtige Patientin wirkt vom Gesichtsausdruck her jünger und sie ist proper gekleidet. Sie spricht uns von selbst in gutmütig-naiver Art an. Ihre Bewegungen sind sparsam und gebunden. Die Mimik ist spärlich, etwas starr, die Sprechweise langsam. Der Affekt ist flach. Sie lacht mit, wenn sie angeregt wird, selbst wenn man über ihre Wahnideen witzelt. Über ihren letzten Urlaubsaufenthalt berichtet sie mit mehr Wärme. Ihre Wahnideen, die phantastisch und recht vielfältig sind, erzählt sie spielerisch und relativ unbeteiligt. Hinzu kommt, daß sie beim Schildern der Ideen oft hängenbleibt oder abspringt, allgemein im Denken sehr unordentlich ist und nur auf ganz konkretes Befragen einigermaßen beim Thema bleibt. Bei Denkaufgaben nähert sie sich trotz diesem deutlich hervortretenden unordentlichen Denken den Kernaussagen überraschend treffend an.

Sie habe drei Brüder und zwei Schwestern. Die Mutter sei 1946 gestorben. Mit dem Vater und den Brüdern habe sie in München zusammengewohnt. 1965 habe sie eine Tochter geboren, die von einer ihrer Schwestern adoptiert worden sei. Geisteskrankheiten seien in der Familie nicht bekannt. Frau G., 1943 in Jugoslawien geboren, schaffte trotz zeitweiligen großen Schwierigkeiten in der Volksschule die Mittelschule und hat als Kontoristin bis 1968 in vielen verschiedenen Stellungen gearbeitet. 1966 fühlte sie sich verfolgt und sie ist bis 1969 viermal in der Universitätsklinik wegen abnormer Körpergefühle und einmal nach der Einnahme zuvieler Schlafmittel. Schon bei der ersten Aufnahme fallen mangelnde gemütliche Reaktionen auf. Sie ist etwas ungenau orientiert und verlangsamt und berichtet von Beeinflussungs- und Beziehungserlebnissen. Bei den vielen Aufnahmen im Bezirkskrankenhaus ab 1969 ist ihre Stimmung mal mehr zur depressiven Seite verschoben, mal eher läppisch-gehoben und von oben herab, dann wieder mißmutig-erregt, und sie schildert Beeinflussung durch Strahlen, Deja-vu-Gefühle, Verbindungen zu hochgestellten Persönlichkeiten, imaginären Kindern, ganz absurde Vorstellungen und Selbstmordabsichten, deren Begründungen uneinführbar bleiben, und die sie mehrmals in die Tat umzusetzen versucht. Ihr ungeordnetes Denken besteht durchgehend, aber in sehr unterschiedlicher Stärke. Sowohl zuhause, wo sie den Haushalt besorgen soll, wie auch im Krankenhaus hat sie Phasen in denen sie sich völlig gehen läßt, sich nicht anzieht und meistens im Bett bleibt. In der Arbeitstherapie leistet sie nur recht Mäßiges.

Frau H., im Dezember 1984

Die 54jährige große, knochige Frau H. ist seit 27 Jahren ohne Unterbrechung im Bezirkskrankenhaus. Sie sucht das Gespräch mit uns nicht, weicht ihm aber auch nicht aus. Ihre Mimik ist überschießend und sie zeigt eine dauernde Bewegungsunruhe. Auf Anregung ist sie zum Lächeln, aber nie zu einem traurigeren Ausdruck zu bringen. Sie zeigt allgemein sehr wenig Initiative und scheint häufig in Gedanken abzuschweifen. Fragen beantwortet sie nicht abwegig, aber oft mit querulatorischem Einschlag und sehr knapp. Inhaltliche Denkstörungen streitet sie ab.

In der Familie sind keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Als Kind still und zurückgezogen, habe sie nach dem Krieg im elterlichen Haushalt geholfen.

Ab 1947 ist sie zu keiner Arbeit zu gebrauchen, hat "eigenartige Pläne" und kommt wegen Erregungszuständen mit Tätlichkeiten 1948 das erste Mal ins Bezirkskrankenhaus. Sie hat optische und akustische Halluzinationen und wirkt leicht manieriert mit starker motorischer Unruhe. Nach sechs Wochen gebessert entlassen, wird sie 1953 vom Bruder wieder gebracht,

in ähnlichem Zustand wie 1948. Sie äußert jetzt auch verschiedene körperliche Mißempfindungen und fühlt sich von ihr nahestehenden Menschen angefeindet. 1954 und 1957 scheitern zwei Entlassungsversuche jeweils nach einigen Monaten. Ihre Stimmung schwankt zwischen heiter-läppisch, aufgedreht-unruhig und eher depressiv. 1956 zeigt sie einen Waschzwang. In der Nacht ist sie oft sehr unruhig und jammert. Häufig zeigt sie in den folgenden Jahren ein ausdrucksloses Lächeln und ist manchmal plötzlich bössartig und gewalttätig. Um 1975 hat sie eine Zeit, in der sie deutlich aufgelockert ist und mehr Kontakt hat. In der Sprache und in den Bewegungen ist sie oft diskoordiniert und verplumpt, ist manchmal abweisend und wirkt gelegentlich sehr abgelenkt. In der Arbeit schwankt sie ebenso zwischen fleißigen Zeiten und solchen mit wenig Zielsetzung. Den letzten massiven Erregungszustand hatte Frau H. 1977. Zu den Verwandten hat sie wenig Beziehung und reagiert auf Besuche immer wieder psychotisch erregt.

Frau I., im Dezember 1984

Die 51jährige Frau I., die seit 1972 ständig im Bezirkskrankenhaus oder in einer beschützenden Wohngemeinschaft lebt, sieht viel jünger aus. Sie unterhält sich, wenn man sie anspricht, gerne mit breitem Lächeln, das oft etwas zu lange im Gesicht stehenbleibt. Mit verwaschener, muhsamer Artikulation spricht sie sehr bildlich und kann auch ihre früheren seelischen Zustände sowie ihre biographische Vorgeschichte gut beschreiben. Denkstörungen finden sich dabei nicht. Ihre Zigaretten hält sie mit einer Handhaltung wie bei Tetanie und sie unterstreicht die Worte mit eigentlich nicht angebrachtem, stereotypem, bedeutungsvollem Nicken. Manche ihrer Begründungen für Handlungen während ihrer Erkrankung sind widersinnig und mit den von ihr häufig gehörten kommentierenden Stimmen der Mutter und ordinären Ausdrücken des Vaters verquickt, über die sie rückhaltslos spricht.

Frau I., ein Einzelkind, schildert ihren Vater als sehr autoritär und gewalttätig und die Mutter als ihm ausgeliefert. Als gelernte Friseurin heiratete sie 1952 einen Drogisten und läßt sich 1957 wieder scheiden. Den Sohn aus dieser Ehe zieht sie bis ins Grundschulalter, etwa 1960, selber auf, dann kommt er zu den Großeltern. Ab 1962 wechselt Frau I. häufig die Arbeitsstellen, verliert die Wohnung und lebt fortan in einem Wohnheim.

Erstmals hört sie 1964 Stimmen und glaubt 1966, man bezeichne sie als schwul, und fühlt sich von einer Frau sexuell belästigt, worauf sie im Wohnheim tobt und das erste Mal ins Bezirkskrankenhaus kommt. Nach kurzer Zeit gebessert, aber noch stimmungs-labil entlassen, kommt sie nach wenigen Monaten wieder. 1967 äußert sie Beeinträchtigungs- und Ver-

folgungsideen, ist zerfahren mit Gedankenabreißen, nimmt optische, bedrohliche Halluzinationen wahr und fürchtet Unglücksfälle von Vater und Sohn. Ihre Stimmung schwankt häufig. Sie ist in Abständen bis heute weinerlich-stuporös, betet mit erhobener Händen oder kniet Sexuelles erlehend nieder oder schreit auch mal einen Tag lang. Sie hört dabei immer die Stimmen der Eltern und zeigt massive Suizidtendenzen, die sie als ichfremd empfindet. Ist eine solche Periode vorüber, so ist sie wieder deutlich aufgelockert und optimistischer, faßt gut auf und man kann sich adäquat mit ihr unterhalten. Bestehen bleibt jedoch eine Affektlabilität und ein Fehlen von Eigeninitiative, was ihre Zukunft betrifft. Sie arbeitet dann zuverlässig und ordentlich, überfordert sich aber oft, da sie keine Bitte abschlagen kann und sich deshalb leicht ausnützen läßt.

Frau K., im Dezember 1984

Die 45jährige, korpulente Frau K., die seit 22 Jahren dauernd im Bezirkskrankenhaus ist, wirkt von der Mimik und vom Reden her jünger. Sie spricht uns von Anfang an recht kumpelhaft an und versucht eine gewisse Unsicherheit zu kaschieren. Verlegenheitsbewegungen und ein verlegenes Lächeln zeigen sich auch im Gespräch, wenn sie nicht mehr weiter weiß. Bei den Denkaufgaben kann sie nicht abstrahieren und antwortet in einer Art unzulänglich, die für eine Minderbegabung spricht. Stolz erzählt sie von Streichen, die sie früher gespielt habe, und offen berichtet sie von früheren akustischen und optischen Halluzinationen und Beziehungsideen, die sie jetzt als Einbildungen bezeichnet. Sie habe Stimmungsschwankungen, manchmal ein Tief und dann wieder ein Hoch. Draußen käme sie wohl nicht mehr zurecht, wie sie aus Erfahrung wisse.

Unehelich geboren, wurde Frau K. nach drei Jahren im Waisenhaus adoptiert. Die Mutter berichtet, daß Frau K. in der Schule schlecht gelernt und von jeher wenig Antrieb gehabt habe. Bis zum zwölften Lebensjahr gutmütig und sehr lustig, sei sie dann eigensinnig, mißmutig und oft etwas boshaft geworden.

Mit vierzehn Jahren kommt sie wegen Angstzuständen und Trugwahrnehmungen zum ersten Mal ins Bezirkskrankenhaus. Sie äußert leise und matt Selbstvorwürfe und verharrt in unbequemen Stellungen im Bett. Nach einigen Tagen wird sie altklug und distanzlos und lächelt läppisch. 15jährig wird sie wegen unartikulierter Schreie und grundlosem Lachen wieder von der Mutter gebracht. Im Denken sprunghaft und sehr umtriebig und störend, gibt sie patzig-ordinäre Antworten. Sie empfindet selbst eine Erkaltung ihrer Gefühle. In den folgenden Jahren gehen Krankheits-einsicht und völlig unsinniges Verhalten mit einer Neigung zu Streichen bunt durcheinander. Es macht ihr Spaß, mit sich widersprechenden Anga-

ben zu verwirren. Gegen Ärzte und Stationsschwestern gehorsam, ist sie dafür gegen junge Schwestern gewalttätig. Bei Beurlaubungen verhält sie sich bewußt unmöglich. Von Arbeitsstellen läuft sie über kurz oder lang einfach davon und wird jeweils verwarlost aufgegriffen, nachdem sie sich mit Männern herumgetrieben hat. In den späteren Jahren ist sie eine fleißige Arbeiterin, recht lebhaft und gegen Schwächere oft herrisch. Bis heute ist sie affektlabil, verschwindet gelegentlich für einige Tage und ist in mehrjährigen Abständen massiver psychotisch mit vielfältigen Beziehungsideen, Todesahnungen und bizarren Vorstellungen.

Frau L., im Dezember 1984

Die 65jährige Frau L., die abgesehen von zwei Jahren in einem Altersheim seit 22 Jahren im Bezirkskrankenhaus lebt, sieht altersentsprechend aus und ist ordentlich gekleidet. Sie ist mittelgroß und untersetzt. Der Exploration steht sie eher ablehnend gegenüber und hat einen ersten früheren Termin bereits kurzfristig abgesagt. Sie sitzt, mit den Händen in ständiger verlegener Bewegung, halb von uns abgewandt da. Sie antwortet stereotyp gedrückt und wenig ausführlich, immer darauf bedacht, nicht zuviel zu erzählen. Bei den Denkaufgaben bietet sie ganz oberflächlich-gedankenlose Lösungen an. Sie sei krank, beklagt sich über dauernde Kopfschmerzen, mangelnden Appetit und Verstopfung, nicht jedoch über ihr Stimmenhören, das sie als ganz selbstverständlich darstellt.

Eine familiäre Belastung ist nicht bekannt. Nach regulärem Schulbesuch arbeitete Frau L. bis zur Übersiedlung von Ungarn nach Ostdeutschland 1948 in der elterlichen Landwirtschaft. Seit 1959 fühlt sie sich belästigt. Um dem auszukommen, siedelte sie 1961 nach Westdeutschland über, wo sie als Spülerin arbeitete.

Sie hörte abschätzige Stimmen, die sie Arbeitskollegen zuschrieb. Diese seien auch für ein Zittern vor allem an der linken Körperseite verantwortlich. Ihr Gehirn würde herunterlaufen. Ihr Hausarzt weist sie daraufhin 1962 ins Bezirkskrankenhaus ein. Sie ist im Denken zerfahren und ableitend und in weinerlicher Stimmung. Im Jahr darauf ist sie resoluter. Von einem Urlaub kommt sie massiv psychotisch zurück und bittet um eine einschläfernde Spritze. Sie bringt jammernd körperliche Beeinträchtigungsgefühle vor und beklagt Gedankenwegnehmen. Körperliche Untersuchungen verweigert sie. Diese Zustände zeigt sie bis heute und sie bleibt auch bei vorübergehenden Besserungen antriebsarm und in der Motorik starr und unbeweglich. Seit 1976 fährt sie jährlich alleine zu Verwandten in Urlaub. Auch dort höre sie wie immer die quälenden Stimmen und habe die üblichen Mißempfindungen, zeige das aber den Verwandten nicht. Feiern und Ausflüge zusammen mit der Station verweigert sie

strikt. Mitpatientinnen beklagen sich wegen ihrer Mißmutigkeit und ihrer gehäßigen Schimpfworte. Frau L. meint, daß ein Ziehen in Magen und Kopf von Mitpatientinnen gemacht werde. Sie höre diese sagen: "Die quälen wir." Bis 1979 ist sie als Hausarbeiterin auf einer Krankenstation beschäftigt und seitdem in der Arbeitstherapie.

Frau M., im Januar 1985

Die 60jährige Frau M., die seit 30 Jahren im Bezirkskrankenhaus ist, hat einen dysplastischen Körperbau. Die Haare sind strählig und die Kleidung ist schmutzige. Sie tadelt uns, weil wir nicht schon früher gekommen sind und duzt uns dabei ganz selbstverständlich. Motorik, Mimik und Gestik sind unauffällig. Sie zeigt einen wenig modulierten Affekt, lacht nur kurz auf oder wird etwas unwillig, wenn wir etwas von ihren Erzählungen so gar nicht verstehen können. Sie beginnt sehr logorrhöisch, oft unverständlich mit Wiederholungen, Wortneubildungen, Zusammenziehungen und Vergreifungen. Später im Gespräch legt sie auch kurze Pausen ein, in denen sie überlegt, was sie sagen will. Sie berichtet in bunter Folge davon, daß sie geköpft und neu gebildet worden sei, wobei sie von ihrem früheren Ich in der dritten Person spricht, daß Tote leben könnten, daß sie ohne Mann schwanger geworden sei, was sie alles mehr oder weniger stimmig in von ihr Erlebtes einfügt. Rechenaufgaben löst sie sehr schnell. Denkaufgaben löst sie teils einfach unzulänglich, teils spielt ihre psychotische Vorstellungswelt mit hinein.

Die Eltern hätten eine kleine Landwirtschaft gehabt, auf der Frau M. nach der Volksschule mitgearbeitet habe. Eine Schwester von Frau M. soll ab 1947 im Bezirkskrankenhaus gewesen sein. Sie selbst sei immer gern allein gewesen und sei vom Vater mit 24 Jahren in eine Pflegeanstalt gebracht worden.

Von dort kommt sie drei Jahre später ins Bezirkskrankenhaus. Sie ist stark verwirrt, ißt teils tagelang nichts, um sich dann wieder Speisereste aus den Trankeimern zu holen. Ihre sehr kargen Antworten begleitet oft ein seltsam leeres Lächeln. Sie hat zwei stuporöse Phasen. Es wird Halluzinieren beobachtet und ab 1956 ein auffälliges Vernachlässigen der Kleidung. Ab 1964 fällt auf, daß sie von sich in der dritten Person spricht. Sie beklagt sich häufig über Stimmen, die sie beschimpfen, und die sie Mitpatientinnen oder Schwestern zuschreibt. Sie ist deshalb oft recht unverträglich. Obwohl sie sich beklagt, daß sie nur ausgenutzt werde, kümmert sie sich doch um andere oder bedient sie mehr als wünschenswert ist. Sie fühlt sich verfolgt und beobachtet. In der Krankenakte werden seit Ende der sechziger Jahre gehäuft ihre massenhaften Wahnideen erwähnt, so meint sie, daß sie viele Kinder habe, nach

einer Operation eine andere Person geworden sei und aus der Operationsnarbe einen Sohn geboren habe. Seit 1970 fallen zunehmend Stimmungsschwankungen von läppisch-heiter bis schwer verstimmt auf. Ratschlägen, mehr auf ihre Gesundheit zu achten, begegnet sie völlig uneinsichtig. Seit 1979 hilft sie in der Küche recht fleißig, kann es aber nicht ertragen, wenn sie direkt zu einer Arbeit aufgefordert wird. Besuche oder Kontakte nach draußen hat sie nie gehabt und lehnt es strikt ab, mit Mitpatientinnen in Urlaub zu fahren.

Frau N., im Januar 1985

Die 59jährige Frau N., die seit 27 Jahren ununterbrochen im Bezirkskrankenhaus lebt, ist groß und schlank und hat sehr grobe Gesichtszüge. Sie legt keinen Wert auf ihr Äußeres. In der Motorik wirkt sie etwas schlaff, aber nicht unnatürlich. Affektiv ist sie nicht starr, stellenweise anregbar. In ihren Vorstellungen von Mann und Kindern zeigt sie eine gewisse Schwingungsfähigkeit. Ein von uns nicht verstandenes anhaltendes Schmunzeln erklärt sie damit, daß sie gerade die Stimme ihres Mannes höre. Oft nuschelt sie sehr stark. Was sie dabei sagen will, bleibt aber für uns auch bei langsamerem Wiederholen unverständlich. Auf unser Unverständnis reagiert sie mit deutlichem Unmut. Im Gespräch verkürzt, verquickt und vermennt sie vieles und ist dabei oft völlig alogisch. Bei Denkaufgaben bleibt sie ganz am Oberflächlichen hängen. Sie ist ständig mit ihren Wahnideen beschäftigt und baut tatsächliche Erlebnisse sofort darin ein. Besonders ausgeprägt ist die Störung des Ichbewußtseins. Sie ist verschiedene Personen und unbelebte Natur. Genauso ändert sich ihr Eindruck von anderen Menschen. Sie meint, manches zur gleichen Zeit aktiv zu tun und passiv zu erleiden. Sie äußert Größenideen, und hat jeden Sinn für physikalische Unmöglichkeiten verloren.

In der Familie sind keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Nach normalem Schulbesuch und Arbeit in der elterlichen Landwirtschaft, gelangte sie nach den Kriegswirren 1950 zu einer Schwester nach Westdeutschland, wo sie bei einem Bauer arbeitete. 1952 ging sie nach München und wechselte fortan fast alle Wochen die Arbeitsstellen. 1956 hatte sie nach ihren Angaben einen Abgang im fünften Schwangerschaftsmonat.

Nach mehrmaligen Festnahmen wegen Landstreicherei kommt sie 1957 ins Bezirkskrankenhaus. Hier erzählt sie ihren Lebenslauf dürftig und stotternd, als ob sie etwas verbergen wolle, spricht von oben herab, löst Denkaufgaben kurzschlüssig und wehrt sich kreischend gegen die körperliche Untersuchung. In Kleidung und Körperpflege sehr unordentlich, brütet sie die erste Zeit meist stumpf vor sich hin mit gelegentlichen

aggressiven Tendenzen. Manchmal sieht man sie mit veränderter Miene murmeln oder flüstern. 1960 gibt sie etwas lebhafter und zugewandter bereitwillig Auskunft. Halluzinationen gibt sie dabei jedoch nicht preis. 1961 ist sie einmal mutistisch. Man habe ihr verboten zu sprechen. Während des gesamten Krankenhausaufenthalts werden Wortneubildungen und seltsame Satzstellungen beschrieben und Hinweise auf halluzinatorische Erlebnisse und wahnhaftige Verarbeitungen beobachtet. Zum Reinigungsbad muß sie regelrecht gezwungen werden. In den letzten zwanzig Jahren wechselt sie zwischen gereizten und gelegentlich aggressiven Zeiten und ruhigen Zeiten, in denen sie fleißig in der Gemüseküche arbeitet.

Frau O., im Januar 1985

Die 77jährige Frau O., die seit 32 Jahren ständig im Bezirkskrankenhaus lebt, sieht sehr gepflegt aus mit nach hinten zusammengesteckten weißen Haaren, schwarzem Pullover und Rock und der darüber getragenen strahlendweißen Schürze. Sie spricht uns sehr agil an und erklärt sich gern zum Gespräch bereit. Als es soweit ist, würde sie sich lieber dem Gespräch entziehen. Sie sitzt mit unbewegtem Rumpf, wippt mit den Füßen und ist mit den Händen ständig in Bewegung, wobei sie ihre Worte gestenreich unterstreicht. Sie errötet manchmal, meist ist sie aber gleichförmig sehr aktiv. Durch ihre Art unterstreicht sie ihre Überzeugung, nicht wie die anderen eine psychiatrische Patientin zu sein. Sie spricht in einem Kauderwelsch aus tschechischen, amerikanischen und deutschen Brocken im Telegrammstil, von ihr als "Dolmetschlanguage" bezeichnet, über den Staat und Amerika und gibt sich den Anschein, daß sie mehr wisse, als sie sagen will, und fragt immer wieder mißtrauisch nach dem Grund unserer Exploration. Viele Andeutungen werden erst beim Vergleich mit in der Krankengeschichte festgehaltenen Wahnideen klarer. Denkaufgaben bezieht sie sofort auf sich und kommt zu keinerlei Lösungen.

In der Familie sind keine psychischen Erkrankungen bekannt. Sie ging, nachdem sie die erste Klasse Volksschule wiederholen mußte, nach der vierten Klasse ab und arbeitete dann immer im Haushalt oder als Küchenmädchen, ab 1937 in den USA. 1947 habe sie die 'order' erhalten, nach Europa zurückzukehren.

Sie lebte dann in einem Fürsorgeheim, aus dem sie, als sie dort für Unruhe sorgte, ins Bezirkskrankenhaus eingeliefert wurde. Sie kommt in grotesker Aufmachung und mit einem Sammelsurium unbrauchbarer Gegenstände. Sie sei dauernd von Leuten aus dem "Staat" beobachtet und kritisiert worden. Sie ist hoheitsvoll, fügt sich nur mangelhaft ein, hat übergroße Ansprüche an sich und will völlig unerreichbare Anschaffungen

tätigen. Später ist sie immer indifferent freundlich, bemüht sich, nicht aufzufallen, steht jeder Veränderung ablehnend gegenüber und ist in ihren täglichen Verrichtungen sehr selbständig und sauber. Bei näherem Nachfragen wird sie "bemerkenswert" zerfahren. 1964 hat sie eine pseudomanische und sehr gesprächige Phase. 1967 ist sie gelegentlich depressiv verstimmt. Sie hat haptische Halluzinationen, erkennt Personen und tauscht ihr ganzes Geld in Dollar um. Sie hat Größenideen, stamme adlig ab und erwähnt Adelige, mit denen sie in Kontakt stehe. Ab etwa 1960 arbeitet sie im Ärztekasino, bis sie 1976 ihre "Pensionierung" erklärt. 1982 meint sie, die Arbeit auf ihrer Station werde ihr zuviel und es mißfällt ihr, daß jetzt auch männliche Patienten auf der Station leben. Sie sucht sich deshalb auf eigene Faust eine andere Station, auf der sie noch stundenweise in der Küche hilft. Vor etwa zehn Jahren begannen diskrete Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Sie hat keine Freundin, aber oberflächliche Kontakte zu Mitpatientinnen. Ihren langjährigen Krankenhausaufenthalt begründet sie mit einer Allergie der Gesichtshaut. Von ihren Wahnideen hat sie sich nie distanziert.

Frau P., im Januar 1985

Die 59jährige Frau P., die seit 37 Jahren ohne Unterbrechung im Bezirkskrankenhaus lebt, ist sauber, stationsüblich gekleidet. Sie hat einen beidseitigen Exophthalmus. Ihr Gesicht wirkt ausdrucksarm. Zum fülligen Körperstamm kontrastieren die dünnen Arme. Gegen das Gespräch äußert sie keine Einwände. Sie sitzt mit vorgebeugtem Oberkörper und gesenktem Kopf da. Mit den Händen zupft sie an sich herum und geht oft ziellos im Zimmer umher. Gelegentlich meint man Spuren eines versonnenen Lächelns zu erkennen. Im allgemeinen wirkt sie vage gedrückt, ohne sich dazu zu äußern. Sie redet viel vorbei. Bei Nachfragen zeigt es sich, daß sie manche Fragen gar nicht aufgefaßt hat. Mitunter kommen aber auch besser zutreffende Antworten. Oft antwortet sie gar nichts oder gibt nach Minuten des Schweigens eine ganz verschwommene Antwort oder schreckt dann plötzlich hoch, als ob sie gerade aufgewacht sei. Recht eigenartige Antworten deuten auf ein von ihr nicht gerne preisgegebenes anhaltendes Stimmenhören hin.

Der Krankenakte ist zu entnehmen, daß Frau P. nach dem Volksschulbesuch, bei dem sie einmal sitzengeblieben war, außer einem Haushaltspflichtjahr bis Kriegsende immer zuhause gewesen ist. Sie sei kindlich gewesen und habe sehr an Eltern und Geschwistern gehangen, zu denen der Kontakt seit den Nachkriegswirren gänzlich abgerissen sei. 1947 wird sie in die Uninervenklinik gebracht, da sie sehr merkwürdig sei und oft tagelang nicht aufstehe. Sie klagt über Kopf- und Kreuzschmerzen. Es sei ihr angst. Sie zeigt keine Gemütsbewegung, sieht

ziellos im Zimmer umher und verhält sich im Gespräch sehr spontan. Unmotiviert lacht oder weint sie gelegentlich. Sie verläßt kaum das Bett. So wird sie nach einem Monat ins Bezirkskrankenhaus verlegt. Der antriebsarme Zustand hält an, sie wird für einige Zeit sogar unrein und gibt 1949 zu, Stimmen zu hören, weshalb sie sich die Ohren verstopft. Sie widerstrebt pflegerischen Maßnahmen und ist gelegentlich gereizt und gewalttätig im Kontrast zu ihrem sonstigen Vor-sich-hin-Lächeln. Ab 1957 arbeitet sie brauchbar in der Bügelstube und hilft gern auf der Station. Ab 1960 werden geheimnisvolle Andeutungen beschrieben und, im Gegensatz zu ihren früheren einsilbigen, aber zutreffenden Antworten, ein Danebenreden und klar falsche und absurde Antworten. Sie handelt manchmal sehr verschoben. In der Arbeitstherapie ist sie unstet, ohne Eigeninitiative. Es kommt weiterhin zu gelegentlichen Erregungszuständen, meist wirkt sie aber wie ein verspieltes Mädchen. Angebote zu Freizeitaktivitäten nimmt sie gern wahr, ohne dabei Eigeninitiative zu zeigen. Zunehmend fällt auf, daß sie große Schwierigkeiten hat, das, was sie sagen will in passenden Worten auszudrücken. Seltene Äußerungen deuten daraufhin, daß halluzinatorische Erlebnisse bei Frau P. doch eine größere Rolle gespielt haben dürften, als man wegen ihrer "stumpfen Fassade" meinen würde. Sie ist halbtags mit einfachen Papierarbeiten beschäftigt und holt zusammen mit einer Mitpatientin Essen für die Station.

5. Ergebnisse

5.1. Allgemeine Beschreibung der untersuchten Kranken

Wir werden die Darstellung unserer Ergebnisse mit einigen statistischen Daten beginnen. Diese sollen die Einordnung unserer Untersuchung innerhalb anderer katamnestischer Untersuchungen erleichtern und Anhaltspunkte liefern zum späteren Vergleich unserer Ergebnisse mit Ergebnissen von CIOMPI und MÜLLER. Die Bezeichnungen der verschiedenen zeitlichen Abschnitte und deren Definitionen verwenden wir in Anlehnung an den Gebrauch der Bezeichnungen bei CIOMPI und MÜLLER.

Wir müssen von unseren 30 Patienten einen männlichen Patienten aussondern. Es handelt sich dabei um Herrn K., der seit seiner Ersthospitalisation keine Wesensveränderung zeigt. Verfolgt man seine Krankenakte zurück, so finden sich nie typische schizophrene Symptome. Die klinische Symptomatik und der Verlauf der Erkrankung dieses Patienten scheint uns vereinbar zu sein mit der Diagnose einer chronischen affektiven Psychose mit vorherrschenden manischen Zügen. Wir haben diesen Patienten trotzdem im Rahmen unserer Kasuistiken vorgestellt als Beispiel, daß wir die vorgegebenen Diagnosen kritisch überprüft haben. Es bleiben also 29 Patienten, davon 15 Frauen und 14 Männer übrig, bei denen wir die folgenden Ergebnisse gewonnen haben.

5.1.1. Alter bei Erkrankungsbeginn

Darunter verstehen wir das Alter "bei Beginn der schizophrenen Psychose", für das eigen- oder fremdanamnestisch die ersten sicheren Krankheitssymptome berichtet werden. Soweit sich das Erkrankungsalter "aufgrund der Krankengeschichteneintragung mit genügend Genauigkeit in eine der nachstehenden Zehnjahresperioden einstufen ließ" (S. 171), verteilte es sich bei unseren Patienten wie folgt:

Tabelle 1 Alter bei Erkrankungsbeginn

Alter	Männer	Frauen	Gesamt
bis 24 Jahre	8	6	14
25 - 34 Jahre	2	5	7
35 - 44 Jahre	1	3	4
45 - 54 Jahre	1	0	1
Summe	12	14	26

5.1.2. Alter bei der Ersthospitalisation

Als Ersthospitalisation nehmen wir die erste Hospitalisation, die wegen der psychotischen Erkrankung erfolgte und durch eine Krankenakte dokumentiert ist. Diese Einschränkung treffen wir wegen der besseren Vergleichbarkeit mit den Daten von CIOMPI und MÜLLER, die nur die Ersthospitalisation in ihrer Klinik als solche zählen. Konkret bedeutet das, daß wir uns hierbei auf Aufnahmen im Bezirkskrankenhaus Haar, und psychiatrischen Kliniken der näheren Umgebung, d.h. auf die Bezirkskrankenhäuser Gabersee, Regensburg und die Nervenkl. der Universität München beschränken. Auch hier erfolgt die Einstufung in Zehnjahresperioden nach CIOMPI und MÜLLER.

Tabelle 2 Alter bei der Ersthospitalisation

Alter	Männer	Frauen	Gesamt
bis 24 Jahre	4	4	8
25 - 34 Jahre	6	6	12
35 - 44 Jahre	2	4	6
45 - 54 Jahre	2	1	3
Summe	14	15	29

Im Durchschnitt betrug das Alter dabei 29,6 Jahre;
bei den Männer 28 Jahre, bei den Frauen 31 Jahre.

5.1.3. Alter zur Zeit der Nachuntersuchung

Das Alter zur Zeit der Nachuntersuchung beträgt bei den Männern durchschnittlich 56,3 Jahre, bei den Frauen 62,5 Jahre. Der Gesamtdurchschnitt beträgt 59,5 Jahre.

5.1.4. Beobachtungszeit

Mit der Beobachtungszeit meinen wir die Zeit von der Ersthospitalisation bis zur Nachuntersuchung.

Sie beträgt zwischen 6 und 50 Jahren, im Durchschnitt 29,1 Jahre;
bei den Männern 6 bis 36 Jahre, im Durchschnitt 26,6 Jahre;
bei den Frauen 18 bis 50 Jahre, im Durchschnitt 31,5 Jahre.

5.1.5. Gesamte Hospitalisationszeit

Die gesamte Hospitalisationszeit wird berechnet aus der Addition aller sukzessiven Hospitalisationszeiten.

Sie beträgt im Durchschnitt 24,7 Jahre; bei Männern 21,2 Jahre, bei Frauen 28 Jahre.

5.1.6. Anzahl der Hospitalisationen

Unsere Patienten sind durchschnittlich dreimal stationär aufgenommen worden. Diese Häufigkeit ist bei Männern und Frauen gleich. Während eine Frau bereits zum zwölftenmal hospitalisiert ist, konnten fünf Männer und sieben Frauen seit der ersten Aufnahme nicht mehr entlassen werden.

5.2. Spezielle Ergebnisse

In diesem Abschnitt beschreiben wir unsere Ergebnisse unter den Gesichtspunkten der Fragestellung.

5.2.1. Relative Gesamtdauer der Hospitalisationen

CIOMPI und MÜLLER verstehen die relative Gesamtdauer der Hospitalisationen als "den prozentualen Anteil der total im Spital verbrachten Zeit an der gesamten katamnestischen Beobachtungszeit" (S. 64). Wir berechneten diese Zeit grob in Jahren.

Tabelle 3 Relative Gesamtdauer der Hospitalisationen

Anteil %	Männer	Frauen	Anteil %	Männer	Frauen
bis 10%	1	0	51 - 60%	2	1
11 - 20%	0	0	61 - 70%	2	2
21 - 30%	1	0	71 - 80%	0	0
31 - 40%	0	1	81 - 90%	1	2
41 - 50%	0	0	91 -100%	7	9

Nur etwa zehn Prozent unserer Patienten waren weniger als die Hälfte der Zeit seit ihrer Erstaufnahme in stationärer Betreuung.

5.2.2. Familiäre Belastung

Wir führen hier alle manifesten und vermuteten Schizophrenien und sonstige vielleicht endogene Psychosen, Selbsttötungen, und Persönlichkeitsauffälligkeiten von Blutsverwandten unserer Patienten auf.

Herr B.: Eine Cousine des Vaters sei mit zwanzig Jahren absonderlich gewesen, sei aber wieder völlig gesundet.

Herr C.: Die Eltern begingen zusammen Selbstmord.

Herr D.: Ein Nervenarzt beschrieb den Vater als "explosiven Psychopath, eventuell schizophrener Defekt".

Herr F.: Eine Schwester sei wegen Wahnvorstellungen in einer Nervenklinik gewesen.

Herr I.: Eine Tante sei cholerisch gewesen und habe Erregungszustände gehabt.

Herr P.: Die Großmutter mütterlicherseits habe Denkersplinterung gehabt und sei ganz durchgedreht.

Frau B.: Die Großmutter mütterlicherseits sei schwermütig gewesen und habe sich im Klimakterium erhängt.

Frau M.: Eine Schwester sei(?) auch im Bezirkskrankenhaus gewesen.

5.2.3. Anamnestiche Daten zur prämorbidem Persönlichkeit

Während bei einigen Patienten gar keine Angaben zur prämorbidem Persönlichkeit vorhanden sind, und bei anderen nur der Schulerfolg erwähnt ist, finden sich doch auch bei einigen Patienten Angaben, die Eigentümlichkeiten erkennen lassen. Wenn keine Angabe zur Quelle gemacht ist, so stammt die Einschätzung vom Patienten selbst.

Herr A.: Er habe sich seit dem 13. Lebensjahr verändert gefühlt. Dem Vater sind seit dem 18. Lebensjahren Eigenheiten aufgefallen. Die Mutter hat den Patienten als ein zu braves Kind empfunden.

Herr D.: Er sei ein zurückgezogenes Kind gewesen. Er habe keinen rechten Kontakt zur Umwelt und Angstträume gehabt.

Herr F.: Er sei bis zum 16. Lebensjahr Bettnässer und immer leicht aufgeregt gewesen.

Herr I.: Er sei ein schwächliches Kind gewesen.

Herr O.: Er habe die Schule nach der dritten Klasse verlassen.

Frau A.: Sie sei in der Schule schlecht gewesen.

Frau B.: Der Vater gibt an, daß die Patientin schon immer ein eigenes Wesen gehabt habe, aber nicht direkt auffällig gewesen sei.

Frau C.: Sie sei in der Schule zerstreut gewesen.

Frau G.: Der Vater sagt, sie sei ein guter Kerl gewesen, habe aber ihren eigenen Kopf gehabt und sich nichts sagen lassen.

Frau H.: Sie sei als Kind etwas schwächlich, still und zurückgezogen gewesen.

Frau M.: Sie sei immer gern allein gewesen und habe keine Freundin gehabt.

5.2.4. Einteilung in die Untergruppen der Schizophrenie

Wir haben wie CIOMPI und MÜLLER die "diagnostischen Untergruppen" gemäß deren Bezeichnungen für die Zeit der Nachuntersuchung und "retrospektive auch für die Zeit der Ersthospitalisation aufgrund aller aus der Krankheitsgeschichte ersichtlichen Informationen zu bestimmen versucht" (S. 102). "Schwankungen im Intervall" bleiben bei CIOMPI und MÜLLER "wegen unzureichender Information unberücksichtigt" (S. 103). Bei der Bestimmung hielten wir uns an die Kriterien, soweit sie von CIOMPI und MÜLLER erläutert worden sind. Als "schizoaffektive Mischpsychosen" werden demnach "schizophrene Bilder mit deutlichen manischen oder depressiven Elementen" verstanden. Konnten sie Fälle "nicht sicher in eine der erwähnten Unterformen einordnen, meist weil Mischbilder zwischen den verschiedenen Unterformen oder anderweitig atypische Bilder vorlagen", so zählt dieser zu den "atypischen Mischbildern". Beruht die Unmöglichkeit, einen Fall einzuordnen, auf einem "Mangel an zureichenden Informationen", so wird dieser in die Kategorie "unsicher" eingeordnet. Nach welchen Kriterien sie die Fälle bei den "paranoiden Schizophrenien, bei den "Katatonien", bei den "Hebephrenien" oder bei den "einfachen Schizophrenien" einordneten, erläutern sie nicht.

Wir sind auf Vermutungen angewiesen und beschränken uns auf Kriterien, die übereinstimmend in einem Lehrbuch von DEGKWITZ, HOFFMANN und KINDT (1982) und in einem Wörterbuch von PETERS (1984) zu finden sind. Bei der "paranoiden Schizophrenie" nach der Definition von PETERS "herrschenden Verfolgungswahn, Größenwahn und Halluzinationen vor". Die "paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie" ist nach DEGKWITZ "von Wahninhalten mit oder ohne Halluzinationen geprägt". Die "Katatonie" ist nach PETERS "vorwiegend durch Störungen der Willkürbewegungen gekennzeichnet", wobei die Symptomatik katatone Sperrungs- und Erregungszustände, sowie häufig Automatismen umfaßt. Nach DEGKWITZ steht bei der "katatonen Form" eine "ausgeprägte Störung der Psychomotorik" im Vordergrund. Sie schwankt oft "zwischen Erregung und Stupor oder automatischem Befolgen von Befehlen und Negativismus", und "Haltungs- und Bewegungstereotypen können für längere Zeit das Zustandsbild charakterisieren". Die Symptome der "Hebephrenie" laut PETERS sind: "läppisch-albernes Verhalten, Gemütsverödung, zunehmende Antriebsverarmung, Denkerfahrenheit". Nach DEGKWITZ ist bei der "hebephrenen Form" die Symptomatik "besonders durch Affektänderungen, inadäquate Verhaltensweisen, Zerkahrenheit des Denkens und Selbstüberschätzung gekennzeichnet". Die

"übrigens in der Literatur vielfach umstrittenen 'einfachen Schizophrenien'" wie es CIOMPI und MÜLLER ausdrücken, werden von PETERS und DEGWITZ als "Schizophrenia simplex" bzw. "Dementia simplex" in ähnlicher Formulierung als symptomarme Verlaufsformen mit schwerer Persönlichkeitsveränderung bezeichnet. Beide geben jedoch keine Symptome an, die das Zustandsbild charakterisieren. Daß CIOMPI und MÜLLER diese Form trotzdem abgrenzen, können wir uns, da sie selbst dazu nicht Stellung nehmen, nur dadurch erklären, daß sie nach BLEULER bei Patienten die Grundsymptome der Schizophrenie (Dissoziation des Denkens und affektive Verblödung) ohne akzessorische Symptome finden (nach PETERS).

Tabelle 4 Untergruppen der Schizophrenie bei der Erstaufnahme

Untergruppe	Männer	Frauen	Gesamt
paranoide Schizophr.	3	6	9
Katatonie	4	1	5
Hebephrenie	4	3	7
einfache Schizophr.	0	0	0
schizoaffektive Mischpsychose	0	0	0
atypische Mischbilder	3	5	8
Summe	14	15	29

Im einzelnen ordneten wir unsere Patienten bei der Aufnahme in folgende Untergruppen ein:

paranoide Schizophrenie: Herr C., F., I., Frau A., B., E., F., L., O.

Katatonie: Herr B., D., L., P., Frau P.

Hebephrenie: Herr G., M., N., O., Frau C., G., K.

atypische Mischbilder: Herr A., E., H., Frau D., H., I., M., N.

Die "unspezifischen Residualzustände", die CIOMPI und MÜLLER bei der Nachuntersuchung als zusätzliche Kategorie einführen, definieren sie als "weitgehend stabilisierte 'Endzustände'", in denen eine "allgemeine Verflachung und Versandung, ein affektiver Rückzug in - zumindest scheinbare - Indolenz und Indifferenz bei Weiterbestehen zum Beispiel von Wahnresten, Halluzinationen, Manierismen, Stereotypien oder anderen mehr oder weniger katatoniformen, depressiven, maniformen Symptomen das Krankheitsbild prägen" (S. 104). Die Kategorie "Heilung" bezeichnen CIOMPI und MÜLLER genauer als "im Sinne Bleulers als geheilt, das heißt praktisch frei von schizophrenen Störungen" (S. 104).

Tabelle 5 Untergruppen bei der Nachuntersuchung

Untergruppe	Männer	Frauen	Gesamt
paranoide Schizophr.	2	6	8
Katatonie	3	2	5
Hebephrenie	3	3	6
einfache Schizophr.	0	0	0
schizoaffektive Mischpsychose	0	0	0
atypische Mischbilder	3	2	5
unspezifische Residualzustände	3	2	5
"Heilung"	0	0	0
Summe	14	15	29

Im einzelnen ordneten wir bei der Nachuntersuchung unsere Patienten folgendermaßen ein:

paranoide Schizophrenie: Herr F., I., Frau B., E., F., L., M., N.

Katatonie: Herr B., D., L., Frau D., H.

Hebephrenie: Herr G., M., N., Frau C., G., K.

atypische Mischbilder: Herr A., H., P., Frau I., O.

unspezifische Residualzustände: Herr C., E., O., Frau A., P.

5.2.5. Übergänge zwischen den Untergruppen

Bei siebzehn unserer Patienten blieb die Untergruppe von der Zeit der Erstaufnahme bis zur Nachuntersuchung konstant, bei den zwölf anderen Patienten fanden sich folgende Veränderungen: Je zwei ursprünglich atypisch erscheinende Kranke erwiesen sich schließlich als paranoide Schizophrenie bzw. als Katatonie. Ein zuerst atypisch Kranker war nie einer der klassischen Unterformen zuzuordnen und erscheint jetzt als unspezifischer Residualzustand.

Von den zu Anfang als paranoide Schizophrenien anzusehenden Kranken sind jetzt zwei zu unspezifischen Residualzuständen, eine zu einer atypischen Form übergegangen. Je ein Patient, der anfänglich das Bild einer Katatonie zeigte, ist nun als unspezifischer Residualzustand bzw. als atypisches Mischbild anzusehen. Von den hebephrenen Patienten war einer nicht konstant und erscheint derzeit als unspezifischer Residualzustand.

5.2.6. Einteilung in die Verlaufstypen

Als "einfache Verlaufsformen" bezeichnen CIOMPI und MÜLLER "linear und stetig verlaufende Krankheitsentwicklungen, in denen trotz eventuell geringfügiger Schwankungen keine deutlichen Wellen abgegrenzt werden können. Beim "wellenförmigen Verlaufstypus" müssen deutliche akute Wellen, d.h. Phasen von mindestens einigen Wochen Dauer, abgegrenzt werden können. CIOMPI und MÜLLER stützen sich auf die BLEULERSche Charakteristik der Phasen als "Krankheitsperioden, welche akut beginnen und akut wieder zurückgehen" (zit. nach CIOMPI und MÜLLER). Sie können sich "aus voller Gesundheit oder aus einem leichten chronischen Zustand heraus entwickeln". Nicht als Wellen wurden von BLEULER "vorübergehende Schimpforgien chronisch Kranker" gezählt oder wenn ein "schwerer depressiver oder stuporöser Zustand in einen schweren maniformen oder erregten überging" (zit. nach CIOMPI und MÜLLER). Einen "an sich zuverlässig bekannten Verlauf", den CIOMPI und MÜLLER nicht in die vorstehenden zwei Kategorien einordnen konnten, reichten sie unter die "atypischen Verlaufsformen" ein. Bei ungenügenden Informationen oder fehlendem Konsens über die Verlaufsbeurteilung wurden die Verläufe von CIOMPI und MÜLLER als "unsicher" eingestuft. (vgl. S.73 f.)

Die Kriterien für die Verlaufsformen sind nur vage formuliert und man kann sicher bei manchen Patienten verschiedener Meinung sein, ob man ihn nicht doch lieber in die Kategorie atypisch oder unsicher einordnen sollte.

Tabelle 6 Verteilung der Verlaufsformen

Verlaufsformen	Männer	Frauen	Gesamt
einfach	6	10	16
wellenförmig	8	5	13
atypisch	0	0	0
unsicher	0	0	0
Summe	14	15	29

Deutlich wird der große Unterschied zwischen den Geschlechtern. Männer waren demnach weniger stetig im Krankheitsverlauf. Für signifikante Ergebnisse sind aber die Fallzahlen nicht ausreichend. Auch hier führen wir die Zuordnung unserer Patienten zu den Verlaufsformen auf:

einfach: Herr C., D., G., I., M., O.

Frau A., B., C., D., K., L., M., N., O., P.

wellenförmig: Herr A., B., E., F., H., L., N., P.

Frau E., F., G., H., I.

5.2.7. Beziehung zwischen Untergruppen und Verlaufsformen

Die Verlaufsformen verteilen sich folgendermaßen auf die diagnostischen Untergruppen:

ständig paranoid: 5x einfach, 1x wellenförmig
ständig hebephren: 4x einfach, 1x wellenförmig
ständig kataton: 1x einfach, 2x wellenförmig
ständig atypisch: 3x wellenförmig

erst atypisch, dann paranoid: 2x einfach
" , dann hebephren: 1x einfach
" , dann kataton: 1x einfach, 1x wellenförmig

erst paranoid, dann atypisch: 1x einfach
erst kataton, " : 1x wellenförmig

erst atypisch, dann Residuum: 1x wellenförmig
erst paranoid, " : 2x einfach
erst hebephren, " : 1x einfach
erst kataton, " : 1x einfach

5.2.8. Unterteilung der "Endzustände"

Auch bei der Beurteilung der "Endzustände" hielten wir uns an die Unterteilung, die CIOMPI und MÜLLER verwendet haben. Diese wiederum haben die Unterteilung von BLEULER übernommen. Sie gingen dabei so vor, daß sie die ursprünglich 4 graduellen Untergruppen auf 2 reduzierten. Sie stellten also den geheilten Fällen und den leichten "Endzuständen" die mittelschweren und schweren "Endzustände" gegenüber und sprechen von "günstigen" versus "ungünstigen Endzuständen".

Die Autoren verstehen als "günstige Endzustände" Patienten, die geordnet sprechen "mindestens über Themen, die nicht mit ihren wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnissen Beziehung haben. Ihr äußeres Verhalten ist in der Hauptsache geordnet und ihre Krankheit wird nicht sofort sichtbar, wenn man sich mit ihnen einläßt. Sie leisten nützliche Arbeit. Sie leben entweder außerhalb der Anstalt oder auf ruhigen Abteilungen." (S.76) Wichtig zu wissen ist, daß BLEULER, und an ihm orientiert auch CIOMPI und MÜLLER, dazu auch "alte Sonderlinge" rechnen, die "sich vom Leben abgewendet haben, kaum normale Interessen zeigen, irgendeiner mechanischen Arbeit obliegen oder einer schrullenhaften Idee nachleben" (S.76).

Andererseits zählen sie zu den "ungünstigen Endzuständen" solche Patienten, die "sich den Ärzten und den Pflegepersonen gegenüber dauernd wie

die schwer Verblödeten verhalten, gewissen Besuchern gegenüber aber regelmäßig auftauen und dann einen annähernd normalen Eindruck machen; oder es handelt sich um Kranke, die bei vollkommener Unzugänglichkeit doch noch schwierigere Arbeit besorgen, bei der Pflege anderer wirksam mithelfen usw. Hierunter fallen auch jene, die bei besonderen Gelegenheiten, zum Beispiel einem Fest oder einer körperlichen Erkrankung, auftauen und plötzlich Kontakt gewinnen" (S. 76).

"Kein stabiler Endzustand" liegt dagegen nach CLOMPI und MÜLLER vor "bei einer immer noch in voller Entwicklung begriffenen floriden Psychose mit ständigem Wechsel des Krankheitsbildes, akuten Phasen, Remissionen usw., selbst wenn diese Entwicklung schon seit vielen Jahren andauert" (S. 75).

Tabelle 7 Verteilung der Endzustände

Endzustand	Männer	Frauen	Gesamt
günstiger "Endzustand"	2	3	5
ungünstiger "Endzustand"	2	2	4
kein stabiler "Endzustand"	2	1	3
unsicher	8	9	17
Summe	14	15	29

Der Tabelle kann man entnehmen, daß wir nur bei wenigen Patienten klare Aussagen zum "Endzustand" treffen können. Als sicher günstig sehen wir den "Endzustand" bei Herrn H. und N., Frau C., K. und O. an, als sicher ungünstig bei Herrn I. und O., Frau M. und P. an. Deutlich kein stabiler "Endzustand" liegt bei Herrn L. und P. und Frau I. vor. Die Mehrzahl der Patienten können wir nach den oben angegebenen Kriterien nicht sicher einordnen.

5.2.9. "Katastrophenschizophrenie"

Einen solchen Verlaufstyp, der von M. BLEULER (1972) als "akuter Beginn, unmittelbarer Übergang in chronische schwerste Psychose" definiert wurde und bei CLOMPI und MÜLLER als das "Auftreten eines schwersten 'Endzustandes' nach kurzem akuten Beginn", fanden wir bei unseren Patienten nicht. Entweder ist bei Patienten mit akutem Beginn der Erkrankung der "Endzustand" nicht so schwer ausgeprägt bzw. erst nach dazwischenliegenden Remissionen aufgetreten oder ein solch schwerer Endzustand hat sich nach einem schleichenden Erkrankungsbeginn entwickelt. Dabei muß berücksichtigt werden, daß die Unterschiede zwischen den Ver-

laufsformen gradueller Natur sind, und die Grenzen nicht scharf zu ziehen sind. Etwas weiter wird die "Katastrophenschizophrenie" bei PETERS gefaßt: "Innerhalb der ersten drei Jahre bildet sich bereits ein endgültiger Zerfall der Persönlichkeit heraus." Nach dieser Definition können wir Herrn G. als Katastrophenschizophrenie ansehen.

5.2.10. "Spätschizophrenie"

Wir halten uns auch hier an CIOMPI und MÜLLER, die aus "rein gruppierungstechnischen Gründen" das 45. Lebensjahr als Grenze setzten. In einer Fußnote erläutern sie: "Bleuler bezeichnet als Spätschizophrenien alle schizophrenen Erkrankungen nach dem 40. Lebensjahr, während manche anderen Autoren (...) diese willkürliche Grenze wesentlich später ansetzen." (S. 171) Bei uns kamen zwei Männer und eine Frau erst mit 45 Jahren oder später zur ersten Aufnahme. Herr I. weist nach den anamnestischen Angaben einen weit früheren Krankheitsbeginn auf. Bei Herrn L. hat die schizophrene Erkrankung möglicherweise erst mit etwa 45 Jahren begonnen. Frau E. kam erst mit 50 Jahren zur ersten Aufnahme. In der Krankenakte finden sich jedoch Hinweise auf frühere nicht näher beschriebene Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken.

5.2.11. Verlaufsbesonderheiten im Alter

MÜLLER (1959) stellt fest, daß die Frage, zu welchem Zeitpunkt das Alter beginnt, unterschiedlich beantwortet wird. In der Regel werde die "Grenze zum beginnenden Senium" aber "um das 65. Altersjahr herum" angenommen. Von unseren Patienten hatten zur Zeit der Nachuntersuchung sechs Frauen diese Altersgrenze überschritten. In Stichworten stellen wir deren Krankheitsverlauf, insbesondere die Konstanz bzw. Veränderungen im psychopathologischen Bild dar. Wir wollen damit zu der von CIOMPI und MÜLLER gestellten Frage nach "auffällig abweichende(n) Entwicklungsbesonderheiten" im Alter einen Beitrag leisten. CIOMPI und MÜLLER verstehen als solche Besonderheiten Spätbesserungen im Alter nach schwerstem Endzustand von mehr als fünf Jahren Dauer, einen neuen Krankheitsschub im Alter nach über fünfjährigem Endzustand oder neue Schübe nach dem 65. Lebensjahr nach jahrzehntelangem freiem Intervall.

Frau A.: Mit etwa 40 Jahren Beginn einer paranoiden Schizophrenie, bis zum Alter von 50 Jahren gereizte und abwehrende Zeiten; in einfachem Verlauf zu einem jetzigen nivellierten Zustand, der keinen Bereich ausgesprochen stärker betrifft; seit einem Jahr Vernachlässigung der Körperpflege ohne sonstige Änderungen des psychopathologischen Befunds.

- Frau B.: Mit etwa 40 Jahren aufgetretene paranoide Schizophrenie, die bis heute unverändert floride ist; kein Anhalt für ein psychoorganisches Syndrom.
- Frau C.: Erkrankungsbeginn mit etwa 23 Jahren mit hebephrener Symptomatik; 15 Jahre lang sehr auffallende Manierismen und Vielgeschäftigkeit; seit dem 40. Lebensjahr wieder zu selbständigen Tätigkeiten zu gebrauchen; bis heute diskrete hebephrene Symptome; jetzt körperlich gebrechlich, geistig wach.
- Frau E.: Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns unsicher; Erstaufnahme mit 50 Jahren; seither floride paranoide Schizophrenie mit wechselnd stark ausgeprägter Symptomatik; in ihren persönlichen Angelegenheiten selbständig.
- Frau F.: Seit über 30 Jahren floride paranoide Schizophrenie mit gleichbleibender, jedoch wechselnd stark hervortretender Symptomatik; keine Anzeichen für ein psychoorganisches Syndrom.
- Frau O.: Seit 35 bis 40 Jahren ständig Wahnideen mit paranoiden Inhalten; seit 20 Jahren zusätzlich eine starke Zerfahrenheit im Reden; in täglichen Verrichtungen selbständig; seit 10 Jahren diskrete Auffassungs-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen.

6. Diskussion

Nach den Patientenbeschreibungen und der Darstellung der Ergebnisse auf unsere Fragen wollen wir nun noch einige Ergebnisse von verschiedenen Seiten betrachten. Dazu erinnern wir an die in der Einleitung bereits vorgestellten Verlaufsuntersuchungen. Im Jahre 1972 erschien das Buch von M. Bleuler "Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten". Von den Ergebnissen dieses Buches ausgehend haben CIOMPI und MÜLLER mit derselben Methodik 289 Patienten nachuntersucht, die früher in ihrer Klinik behandelt wurden. Unser Ziel war es nun, unsere Ergebnisse mit den Ergebnissen dieses verdienstvollen Buches zu vergleichen.

6.1. Vergleich mit den Ergebnissen von CIOMPI und MÜLLER

CIOMPI und MÜLLER haben alle Fälle in ihre Untersuchung aufgenommen, bei denen die Diagnose beim ersten Klinikaufenthalt auf Schizophrenie oder eine ihrer Unterformen lautete, unabhängig davon ob und in welcher Ausprägung sich weiterhin Symptome einer Schizophrenie finden. Wir hingegen beschränken uns in unserer Untersuchung auf Patienten, die auch nach mehreren Jahren noch oder wieder hospitalisiert sind. Zur Frage, was gerade die Untersuchung chronisch Kranker für das Verständnis der Schizophrenie bedeutet, schreibt MÜLLER (1959), daß Begegnungen mit Kranken, die innerhalb von Anstaltsmauern ergraut sind und oft mehr als ein halbes Leben dort verbracht haben, den Anstaltspsychiater mehr als andere Kranke zur immerwährenden Auseinandersetzung mit der Frage nach dem wie und warum der Schizophrenie an sich zwingen, und daß im Hin und Her der Lehrmeinungen, zwischen Somatogenese und Psychogenese, uns der alte Schizophrene zum Prüfstein unserer Hypothesen wird.

6.1.1. Bedeutung der Hospitalisationsdauer

CIOMPI und MÜLLER stellen fest, daß "ein starkes Vorwiegen der relativ kurzen Hospitalisationen bei Frauen und der Dauerhospitalisation bei Männern statistisch hochsignifikant" ist. Fast ständig, über 90% der Beobachtungsdauer, hospitalisiert waren in der Untersuchung von CIOMPI und MÜLLER ausschließlich Männer. Von den 15 Frauen, die in unserer Untersuchung beschrieben sind, haben jedoch neun mehr als 90% der Zeit seit ihrem Erkrankungsbeginn in psychiatrischer stationärer Betreuung zugebracht.

Diese Diskrepanz ist an und für sich verwunderlich, erhält aber ihre besondere Bedeutung dadurch, daß CIOMPI und MÜLLER dieses ihr Ergebnis

als einen Beleg für ihre Ansicht anführen, daß für die Hospitalisationsdauer vorwiegend soziale Faktoren eine Rolle spielen. Aufgrund ihrer Erhebungen melden sie "schwere Bedenken" (S.215) dagegen an, die Hospitalisation als Beurteilungskriterium bei der Einschätzung des Schweregrades der Schizophrenie zu verwenden.

Diese Bedenken von CIOMPI und MÜLLER überraschen insbesondere, da wir in ihrem Buch auf S. 64 lesen: "Bei rund 1/5 - 1/3 der Probanden war also offenbar der Krankheitsverlauf, so wie er sich in der Gesamthospitalisationsdauer ausdrückt, ausgesprochen schwer". Auf S. 107 erwähnen sie: "Zahl und Dauer der Spitalaufenthalte - Fakten, die nur überwiegend, aber nicht ausschließlich mit der Entwicklung der Schizophrenie selbst zusammenhängen", und auf S. 193 betonen sie: "In allen 5 Entwicklungsaspekten (die Autoren meinen damit die Globalentwicklung der Schizophrenie, den "Endzustand", das psychoorganische Syndrom, die soziale Anpassung sowie den globalen psychischen Gesundheitszustand) ist in der Tat das Bild um so günstiger, je geringer anteilmäßig die Hospitalisationszeiten und um so ungünstiger, je größer sie sind." Diese Einschätzung können wir voll bestätigen. Wer unsere Darstellungen der Patienten liest, kann sich davon überzeugen, daß jene Patienten den geringsten Teil ihres Lebens seit ihrem Erkrankungsbeginn im Krankenhaus verbrachten, die Zeiten mit weitgehender oder völliger Symptomfreiheit aufweisen. Als Beispiele hierfür erwähnen wir Herrn F. und Herrn N. sowie Frau F. und Frau I.

Hier müssen zwei Fragen auseinandergehalten werden. Erstens, welche Bedeutung haben soziale Faktoren für den Verlauf der Schizophrenie, und zweitens, welche Bedeutung hat der Schweregrad der Schizophrenie für die Hospitalisationsdauer dieser Patienten. Zur zweiten Frage können, wie oben dargestellt, sowohl CIOMPI und MÜLLER wie auch wir eindeutige Angaben machen. Die Beantwortung der ersten Frage ist sehr wichtig, aber auch sehr schwierig und läßt sich sicher nicht erledigen mit dem Hinweis auf die unterschiedliche Hospitalisationsdauer der beiden Geschlechter.

6.1.2. Erbliche Belastung

Der Frage nach der erblichen Belastung sind CIOMPI und MÜLLER nur im Hinblick auf den Verlauf nachgegangen. Sie fanden bei 64,7% ihrer untersuchten Probanden eine Schizophrenie oder andere psychische Erkrankungen bei Blutsverwandten. Abgesehen von der Feststellung, daß in der Verwandtschaft von Schizophrenen vermehrt psychische Erkrankungen vorkommen, die sich so allgemein formuliert auch in unserer Arbeit bestätigen ließ, fanden wir bei sechs von vierzehn Männern eine familiäre Belastung - also ein sehr prägnantes Ergebnis, das sich aber anschließend bei der Betrachtung unserer Patientinnen nicht in dieser Deutlich-

keit bestätigte. Nur bei zwei von fünfzehn Frauen ist eine familiäre Belastung bekannt. Insgesamt finden sich also nur bei einem Viertel unserer Patienten Hinweise auf eine familiäre Belastung. Diese Zahlen sind mit der These vereinbar, daß sich Patienten mit einer Schizophrenie, die eine Langzeithospitalisation nötig macht, bezüglich der hereditären Belastung von der Gesamtgruppe aller Schizophrenen unterscheiden.

6.1.3. Prämorbid Persönlichkeit und Verlauf

Besonderes Interesse findet in vielen Arbeiten, die sich mit schizophrenen Verläufen befassen, so auch bei CIOMPI und MÜLLER, die Bedeutung der prämorbid Persönlichkeit für Ausbruch und Verlauf einer schizophrenen Erkrankung. Könnte man doch bei einem gesetzmäßigen Zusammenhang dieser Faktoren daran gehen, Präventivmaßnahmen zu entwickeln, um einer schizophrenen Erkrankung bereits vor ihrem Ausbruch zu begegnen. Wir erfahren, wie wir im Abschnitt "Ergebnisse" berichtet haben, recht häufig bereits aus der Kindheit unserer Patienten, daß sie auffallend zurückgezogen, ohne Schwung oder ohne rechten Kontakt gewesen seien. Auf der anderen Seite waren viele andere Patienten vor ihrer Erkrankung durchaus gesellig und aufgeschlossen.

Ein besonders deutliches Beispiel dafür ist Herr B., der nach Aussagen seines Vaters ein guter Schüler und beliebter Kamerad gewesen sei und ein Sohn, der Freude gemacht habe. Er habe immer gut ausgesehen und ein sicheres Auftreten gehabt. Im Krankheitsverlauf war Herr B. dagegen über lange Jahre schwerst kataton, ist auch später trotz einer gewissen Besserung nie wieder fähig geworden, seine täglichen Verrichtungen allein zu besorgen und braucht bis heute das beschützende Klima der Krankenstation.

Eine auch von Dritten ausgesprochen positiv beschriebene präpsychotische Persönlichkeit schützt nicht davor, an einer schweren Verlaufsform der Schizophrenie zu erkranken, wie es sich neben Herrn B., auch bei Herrn L. und Frau I. zeigt. Die vor ihrer Erkrankung in ihrer Persönlichkeit im Sinne eines vermehrten Rückzugs bereits auffälligen Patienten wurden, was nicht verwundern dürfte, im Verlauf der Erkrankung nicht zu aufgeschlosseneren und lebensstüchtigeren Menschen. Ob jedoch das Zusammentreffen einer chronisch verlaufenden Schizophrenie mit dem Vorbestehen einer auffälligen Persönlichkeit mehr ist als eine zufällige Koinzidenz, können wir aufgrund unserer Untersuchung nicht entscheiden. Es gelang uns nicht, darüber hinaus Besonderheiten im psychopathologischen Bild, im Verlauf oder Endzustand zu finden, in denen sich Patienten mit einem prämorbid auffälligen Charakter von den übrigen unterscheiden. Dagegen fanden CIOMPI und MÜLLER Unterschiede "in Richtung auf eindeutig günstigere Verlaufstendenzen bei den prämorbid unauffälligen Charakteren" (S. 158).

6.1.4. Einordnung in die diagnostischen Untergruppen

Wie CIOMPI und MÜLLER konnten wir einen großen Teil unserer untersuchten Patienten für die Zeit der Aufnahme in die tradierten diagnostischen Untergruppen einordnen. Dabei ist es denkbar, daß eine Diagnostik, für die genügend Zeit ist, bis eine Zuordnung zwanglos möglich ist, durch die von CIOMPI und MÜLLER geforderte Beschränkung auf eine dreimonatige Beobachtung bei der Erstaufnahme erschwert wird. Gerade in diesen ersten Monaten befinden sich viele Patienten in einem Ausnahmezustand. Sie sind vielleicht schon Jahre lang krank aber dabei verhaltensmäßig unauffällig gewesen und erst ein akuter Verstimmungszustand hat nun den Grund zur Aufnahme geliefert. Übergänge von einem atypischen Bild, das ein Patient bei der Erstaufnahme geboten hat, zu einem derzeitigen Zustand, der sich zwanglos einer Untergruppe zuordnen läßt, werden niemand verwundern, der selbst bei den ersten Kontakten mit einem neuerkrankten Patienten schon vor der Schwierigkeit gestanden ist, die bestimmenden Symptome aus einer Vielzahl begleitender Auffälligkeiten im Verhalten und Befinden herauszufinden.

CIOMPI und MÜLLER stellen fest, daß eine "frappante Verschiebung in der Verteilung der schizophrenen Untergruppen zugunsten von Residualzuständen im Alter" (S. 104) stattgefunden habe: "Die klassischen Untergruppen der Schizophrenie sind fast gänzlich verschwunden." (S. 104) Mehr als die Hälfte (55,7%) ihrer Probanden haben sie der Gruppe der unspezifischen Residualzustände zugeordnet und rund ein Viertel (25,6%) bezeichnen sie "im Sinne Bleulers" als geheilt. Hier sind wir zu ganz gegensätzlichen Ergebnissen gekommen: Noch bei sechzig Prozent unserer Patienten fanden wir mehr oder weniger ins Auge fallende, bei sorgfältiger Untersuchung aber deutlich und regelmäßig hervortretende Symptome, die die Einordnung in die paranoide, katatone oder hebephrene Untergruppe auch noch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung rechtfertigten. Drei unserer anfänglich acht "atypischen Mischpsychosen" stellen sich auch bei der Nachuntersuchung als solche dar. Und zusätzlich erscheinen je eine ursprünglich paranoide Schizophrenie und eine Katatonie bei der Nachuntersuchung eher als atypische Mischbilder nach den Kriterien von CIOMPI und MÜLLER. "Schizoaffective Mischpsychosen" kamen bei unseren langzeithospitalisierten Patienten weder zur Zeit der Erstaufnahme noch zur Zeit der Nachuntersuchung vor. Ebenso fanden wir, wie es die Auswahl unserer Patienten erwarten ließ, keinen Ausgang in "Heilung" im Sinne Bleulers. Aber auch von "unspezifischen Residualzuständen" können wir nur bei fünf Patienten sprechen.

Diese Seltenheit von "unspezifischen Residualzuständen" mag zum Teil die Auswahl unserer Patienten erklären. Patienten ohne floride Symptomatik werden ohne Zweifel eher im Rahmen der Familie oder in einem Heim zurechtkommen und weniger häufig einer Langzeitbetreuung in einer Klinik bedürfen. Wir sehen hier aber auch durch Unterschiede in der Metho-

dik bedingte Gründe für das von CIOMPI und MÜLLER beobachtete Verschwinden der Unterformen. Die beiden Autoren haben sich, wie sie immer wieder deutlich machen, M. BLEULER als Vorbild gewählt. Dieser hält ein genaues Beobachten und Dokumentieren der einzelnen psychopathologischen Symptome gegenüber dem Einfühlen in den Gesamtzustand des Kranken für nebensächlich. CIOMPI und MÜLLER beobachteten auch, daß oft Elemente der "ursprünglich klar profilierten paranoiden, katatonen oder hebephrenen Symptomatik" in der "Seneszenz" noch erkennbar sind, namentlich Wahn und Halluzinationen. Sie schränken jedoch ein, daß diese Symptome das Krankheitsbild nicht mehr so eindeutig beherrschen, "daß eine Einordnung in eine der geläufigen Untergruppen der Schizophrenie fraglos feststeht". Wir dagegen haben, ohne die einfühlende Beobachtung gering zu achten, alle psychopathologischen Symptome sorgfältig registriert und dabei die Einordnung zwanglos vornehmen können. Ein Beispiel soll dies illustrieren:

Bei Herrn B. ist in den letzten Jahren der Interessenhorizont deutlich enger geworden, er nimmt nicht mehr an Therapien teil, hat kein Interesse mehr an Stadtausflügen in Begleitung und zeigt nivellierte Affekte. Beobachtet man ihn genauer, so fällt auf, daß er gelegentlich unvermittelt zuschlägt, in großen Sprüngen über die Türschwelle setzt, beim Essen aufsteht und sich erst wieder setzt, wenn alle fertiggegessen haben oder daß im Gegensatz zu seiner allgemein gepflegten Kleidung die Unterhose immer zehn Zentimeter oben aus der Hose ragt. Wir sehen darin ein deutliches Fortbestehen der katatonen Symptomatik. CIOMPI und MÜLLER würden Herrn B. dagegen wohl als einen "unspezifischen Residualzustand mit affektivem Rückzug und allgemeiner Verflachung bei Weiterbestehen von (...) Manierismen (...) und (...) anderen katatoniformen Symptomen" (S.104) bezeichnen.

CIOMPI und MÜLLER beobachteten bei ihren untersuchten Fällen nur in Ausnahmefällen einen Übergang in eine andere schizophrene Untergruppe. Diese Konstanz der diagnostischen Untergruppen ist auch bei unseren Patienten bemerkenswert: Unter den dreißig Patienten, von denen wir berichten, fanden wir keinen einzigen, der, nachdem er bei der Erstaufnahme ein eindeutiges paranoides, hebephrenes oder katatonisches Bild geboten hatte, nun bei der Nachuntersuchung einer anderen dieser Untergruppen zuzuordnen wäre. Wir meinen, daß dieses mehr oder weniger deutliche, aber regelmäßige Bestehenbleiben der ursprünglichen Symptomatik nur schwer mit der Annahme vereinbar ist, daß die Schizophrenie lediglich eine Ansammlung von Symptomen darstellt, die in einem offenen Entwicklungsprozeß ständig im Fluß sind.

6.1.5. Unterschiedliche Verlaufstypen

Auch uns gelang es wie CIOMPI und MÜLLER, wenn wir die Verläufe verfolgten, bei unseren untersuchten Patienten eine Einteilung hinsichtlich einfacher und wellenformiger Verläufe zu treffen. Nur wenige Patienten ließen sich nach den Kriterien von CIOMPI und MÜLLER nicht ganz deutlich einer dieser beiden Kategorien zuordnen. Es ist nämlich nicht genau definiert, wann man Schwankungen im Verlauf als noch geringfügig, wann als deutlich abgegrenzte Phasen ansehen soll. Einen Verlauf, der gar nicht einzuordnen gewesen wäre, fanden wir gar nicht. Gerade wenn man die lange Zeit in Betracht zieht, für die uns katamnestische Daten bei unseren Patienten zur Verfügung stehen, wird die Bedeutung einer Einteilung aller schizophrenen Verläufe nach dem Typus des Fortschreitens erneut bestätigt.

6.1.6. Vergleich der Untergruppen mit den Verlaufsformen

CIOMPI und MÜLLER haben einen Vergleich der Untergruppen mit den Verlaufsformen nicht angestellt. Sie haben zwar Beziehungen zwischen Aspekten der Langzeitentwicklung und psychopathologischen Begleitfaktoren geprüft. Sie glaubten jedoch auf eine weitergehende Prüfung der Zusammenhänge wegen der "großen Inhomogenität hinsichtlich der Natur und Meßweise der erfaßten Faktoren" verzichten zu müssen. Wir können einen solchen Vergleich bei ihren Fällen auch nachträglich nicht anstellen, weil die fast ausschließlich statistische Darstellung eine Identifizierung einzelner Fälle und damit auch die Betrachtung von Verlaufsbesonderheiten nicht zuläßt. Bei unseren Patienten kamen wir bei diesem Vergleich zu recht deutlichen Ergebnissen, deren Gültigkeit für eine größere Anzahl von Patienten noch zu prüfen wäre. Die beständig als paranoide Schizophrenien bzw. als Hebephrenien erscheinenden Patienten zeigten in Hauptsachen einfache Verläufe. Bei den Katatonien und den atypischen Mischformen sowie den Übergängen zwischen diesen beiden waren wellenförmige Verläufe deutlich in der Überzahl.

6.1.7. Unterteilung der "Endzustände"

Bei dem Versuch, die Situation der Anfangsperiode mit dem Verlauf zu vergleichen, stießen wir auf eine große Schwierigkeit. Die Einteilung in günstige und ungünstige Endzustände, wie sie CIOMPI und MÜLLER nach den von uns im Kapitel "Ergebnisse" bereits erwähnten Kriterien vorgenommen haben, stürzte uns bei unseren Patienten mehr in Zweifel, als daß sie uns zur Orientierung verholfen hätte.

Wir möchten die Problematik dieser Einteilung stellvertretend anhand

von Frau D. darstellen. Wenn man ihr bei Ansprache sofort erscheinendes stereotypes Grinsen, ihre oberflächlichen Antworten auf alle Fragen mit Echolalien und Haftenbleiben und das scheinbare Fehlen jeder tieferen gefühlsmäßigen Reaktion hervorhebt, ist sie unschwer als "ungünstiger Residualzustand" einzustufen. Andererseits ist sie in ihrem Verhalten geordnet und ihre Krankheit wird nicht sichtbar, solange man sie nicht direkt anspricht. Sie leistet darüber nützliche Arbeit und lebt seit vielen Jahren auf einer ruhigen Abteilung. Das sind fast vollständig die Kriterien, mit denen ein "günstiger Endzustand" beschrieben wird. Viele unserer Patienten könnte man nach diesen Kriterien sowohl als ungünstige "Endzustände" bezeichnen, die aber in bestimmten Situationen auftauchen und gelegentlich auch sinnvolle Tätigkeiten verrichten, als auch als günstige "Endzustände", die sich aber vom Leben abgewendet haben, kaum normale Interessen zeigen und irgendeiner mechanischen Arbeit oder einer schrulligen Idee obliegen.

6.1.8. "Katastrophenschizophrenie"

Einen Verlauf, wie er von BLEULER und anderen Autoren als Katastrophenschizophrenie bezeichnet wurde, haben wir in unserer Untersuchung nur einmal und auch da wegen sehr spärlicher Angaben zur Vorgeschichte nicht mit letzter Sicherheit gefunden. CIOMPI und MÜLLER dagegen finden einen solchen immerhin in 8,3% ihrer Fälle, was mit den Worten von CIOMPI und MÜLLER gesagt, "angesichts dieser in der Tat katastrophalen Entwicklungen einen erschreckend hohen Prozentsatz bedeutet" (S. 83). Wir sprechen hier von Herrn G., bei dem bis zu seinem 22ten Lebensjahr nichts bekannt ist, was auf eine Schizophrenie hindeutet. In diesem Alter verließ er plötzlich seine Arbeitsstelle und hatte seitdem nie mehr ein festes Arbeitsverhältnis. Während der gesamten Zeit im Krankenhaus war er nie in einem soweit gebesserten Zustand, daß eine Entlassung ins Auge gefaßt werden konnte. Nicht einmal deutlich angepaßtere Zeiten, die über längere Zeit angehalten hätten, sind in der Krankenakte zu finden.

Alle unsere anderen Patienten, bei denen man jetzt einen "mittleren oder schweren Endzustand" feststellen kann, wie er in der Definition der Katastrophenschizophrenie gefordert wird, erkrankten entweder nicht akut, sondern schleichend oder sie hatten sich nach einem akuten ersten Krankheitsschub nochmals recht gut erholt. Die Angaben zum Krankheitsbeginn sind hierbei in einigen Fällen lückenhaft. Ob die meist als erstes von den Angehörigen oder anderen berichtenden Personen bemerkten Änderungen im Sozial- oder beruflichen Verhalten schleichend oder plötzlich eingetreten sind, ist nicht immer in der Anamnese aufgeführt.

6.1.9. "Spätschizophrenie"

Bleuler (1959) nennt die "Spätschizophrenie" eine "sturmreife Schlüsselstellung für die Gewinnung neuer und tieferer Erkenntnisse über die biologischen Ursachen seelischen Krankseins". CIOMPI und MÜLLER kommen, nachdem sie sich in ihrer Arbeit ausführlich mit diesem Thema befaßt haben, zu dem Schluß, daß "der Zeitpunkt des Auftretens der Psychose für die Langzeitentwicklung und -prognose eine minder große Rolle als ihm bisweilen in der Literatur zugeschrieben wurde" (S.176). Der Anteil der "Spätschizophrenien" beträgt bei ihnen 21,8%, wobei es sich "hauptsächlich um paranoide Bilder bei Frauen handelt" (S.171). Von unseren Patienten erkrankte niemand nach dem 45. Lebensjahr. Die einzige Frau, die erst mit 50 Jahren zur Aufnahme kam, hat wohl, wie aus alten Einträgen in der Krankenakte hervorgeht, in jüngeren Jahren im Ausland nicht näher beschriebene Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hinter sich gebracht. Der bei der Erstaufnahme mit 48 Jahren älteste Mann war schon Jahre vorher nach Aussage seiner Frau deutlich verändert und nur mehr zum Teil arbeitsfähig gewesen. Ein weiterer Mann, der mit 46 Jahren erstmals aufgenommen wurde, ist zu diesem Zeitpunkt bereits entmündigt. Ohne die Frage aufzuwerfen, ob "Spätschizophrenien" auch zu schweren Residualzuständen führen können, stützen unsere Ergebnisse die Ansicht, daß die Schizophrenie, die zu schweren und schwersten "Residualzuständen" führt, eine Erkrankung ist, deren Beginn ganz bevorzugt im Jugend- und jüngeren Erwachsenenalter liegt.

6.2. Schizophrenie und Altern

Wie man schon aus dem Titel und der Fragestellung ihres Buches "Lebensweg und Alter der Schizophrenen" ersehen kann, befassen sich CIOMPI und MÜLLER zu einem bedeutenden Teil mit Wechselwirkungen zwischen der Schizophrenie und dem Altern. Warum das Altern eine so zentrale Rolle bei diesen Autoren spielt, hat folgende Gründe: Beide Autoren haben schon früher viele Beiträge zum Thema Altern und psychiatrische Erkrankungen veröffentlicht. MÜLLER verfaßte u.a. 1959 eine Schrift "Über das Senium der Schizophrenen". Er ist auch der Autor einer "Alterspsychiatrie", bei der CIOMPI einer der Mitarbeiter war. CIOMPI hat des weiteren im Handbuch "Psychiatrie der Gegenwart" das Kapitel "Allgemeine Psychopathologie des Alters" beigesteuert. Die Ergebnisse über die in "Lebensweg und Alter der Schizophrenen" berichtet wird, sind Teil der "Enquete de Lausanne", einer von C. Müller initiierten Untersuchungsreihe, "deren Hauptziel war, den Einfluß des Alters auf die verschiedenen im Erwachsenenalter zu beobachtenden psychischen Störungen, welche in irgendeinem Zeitpunkt zu einer Hospitalisierung geführt hat, zu untersuchen" (S.4).

Bei den früheren Untersuchungen dieser Reihe hatten sie "die Arbeitshypothese aufgestellt, daß sich das Alter desto ungünstiger auswirkt, je mehr eine psychische Störung ätiologisch durch organische Komponenten bedingt ist, und daß umgekehrt eine mehr oder weniger rein psychogene Erkrankung im Alter eher eine Besserungstendenz aufweist. Diese Hypothese gilt es auch in dieser Arbeit zu verifizieren." (S.9)

CIOMPI und MÜLLER beobachteten "insgesamt im Alter nur recht wenige ungünstige Entwicklungen", und bemerken dazu weiter: "Nehmen wir hinzu, daß wir im Alter bei den schwersten 'Endzuständen' von mehr als 5 Jahren Dauer immerhin noch 5 gefunden haben mit einer deutlichen Spätbesserung, so sprechen diese Befunde zusammengefaßt eindeutig gegen das Vorhandensein eines gesetzmäßig ungünstig ablaufenden organischen Krankheitsprozesses." (S. 217) Des weiteren haben sie bei ihren sämtlichen 289 Verläufen in 4 Fällen einen neuen Krankheitsschub im Alter nach über 5jährigem "Endzustand" und in einem Fall Krankheitsschübe vor dem 40. Lebensjahr - jahrzehntelanges freies Intervall - neue Schübe nach dem 65. Lebensjahr gefunden. Dagegen haben sie bei 279 Fällen, also in 96,5%, keine Verlaufsbesonderheiten, d.h. weder deutliche Besserungen noch Verschlechterungen im Alter gefunden. In diesen Entwicklungstendenzen meinen die beiden Autoren "mit großer Wahrscheinlichkeit (...) jene spezifischen Alterseinflüsse (zu) erkennen, nach denen (sie) ja in erster Linie geforscht haben" (S.111).

Wir haben bei unseren Ergebnissen Verlauf und derzeitiges Befinden unserer über 65jährigen Patienten kurz skizziert. Aufgrund der geringen Zahl können wir keine Verhältniszahlen angeben. Insgesamt können wir jedoch feststellen, daß bei keinen unserer Fälle nach dem 65sten Lebensjahr deutliche Besserungen oder Verschlechterungen aufgetreten sind. Im Gegenteil, die Symptome, vor allem die Wahnvorstellungen und Halluzinationen, bei den paranoiden Schizophrenien sind frappierend konstant.

Wir schließen daraus, daß es sich hier um in irgendeiner Weise fixierte Funktionsstörungen handelt. Geht man wie LEONHARD (1948) davon aus, daß die "psychischen Vorgänge aller Erfahrung nach mit dem Gehirn irgendwie in Zusammenhang" stehen, so gibt es wohl auch einen Zusammenhang der "psychischen Störungen mit Veränderungen des Gehirns". Ob dabei bisher unvollkommene Methoden den Nachweis anatomischer Ausfälle verhindert haben oder ob man sich hier Störungen auf einer anderen Ebene vorstellen muß, sei dahingestellt. LEONHARD fährt fort: "Gleichgültig, wie man zu diesen Fragen Stellung nimmt, so steht doch jedenfalls fest, daß es viele psychopathologische Symptome mit nachgewiesener anatomischer Grundlage gibt."

6.3. Zur Vereinheitlichung nosologischer Konzepte

Bei der Verhaltensbeobachtung eines Menschen, und besonders bei der Beobachtung der Psychopathologie, ginge eine alleinige sorgfältige Aufzählung all dessen, was man registriert hat, ins Uferlose. Man kommt nicht umhin, alle diese Beobachtungen nach hierarchischen oder sonstigen Gesichtspunkten zu ordnen und vermeintlich Unwesentliches kurz zu fassen oder wegzulassen. Dazu werden von den verschiedenen Untersuchern ganz verschiedene Methoden angewandt. MÜLLER sagt dazu 1981 im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Verlaufsuntersuchungen, daß "die angewandten Konzepte von Arbeit zu Arbeit zu unterschiedlich (sind), als daß mehr als ganz summarische (...) Vergleiche zulässig wären". Da die Vergleichbarkeit verschiedener Untersuchungsreihen das beobachtbare Material vervielfältigen würde, überlegen wir im folgenden, wie diese Vergleichbarkeit zu verbessern wäre.

6.3.1. Symptomerfassung und Begriffsbestimmungen

CLOMPI und MÜLLER haben verschiedene psychiatrische Symptome im Sinne der Primär- und Sekundärsymptome von E. BLEULER beobachtet und dabei eine "Hierarchie der Wichtigkeit einzelner 'Symptome' im ganzen Krankheitsgefüge ableiten" (S.190) können. Wir haben uns in unserer Arbeit an den psychopathologischen Symptomen und Symptomgruppierungen orientiert, wie sie von KRAEPELIN (1899) dargestellt wurden, mit manchen Modifizierungen wie wir im Kapitel Methodik näher ausgeführt haben. Wir sind der Ansicht, daß diese Sichtweise von Symptomen offener und auch für eine eventuelle statistische Auswertung besser geeignet ist als die von E. BLEULER geschaffene Einteilung, bei der es sich nach Aussage von CLOMPI und MÜLLER "eben um ein psychodynamisches Konzept (handelt), das anders als etwa die nach psychopathologisch-diagnostischer Häufigkeit und Wertigkeit geordneten 'Symptome ersten und zweiten Ranges' Kurt Schneiders der objektivierenden Forschung viel weniger leicht zugänglich ist" (S.89).

Da CLOMPI und MÜLLER "strenge Kriterien an die statistische Verwertbarkeit (ihrer) Daten anlegen wollten" (S.10) und insbesondere da sie vermuten, daß eine mangelhafte Übereinstimmung ihrer Befunde mit den Ergebnissen anderer Autoren "u.a. auf Unterschieden der Methodik, namentlich der erfaßten Symptome, beruhen mag" (S.190), läge es doch nahe, daß sie mindestens zum Vergleich auch andere Kriterien heranziehen, die der objektivierenden Forschung möglichst leicht zugänglich sind. Eine Chance für eine bessere Vergleichbarkeit von psychopathologischen Begriffen stellen die in den letzten Jahren entwickelten Dokumentationssysteme für die Diagnose und den psychopathologischen Befund dar, etwa in den Vereinigten Staaten das DSM III und im deutschen Sprachraum das

AMDP. Wie aber die Erfahrungen mit diesen Systemen gezeigt haben, ist für eine gute Übereinstimmung zuerst ein Training in der Anwendung erforderlich. Außerdem stehen verschiedene Arbeitsgruppen noch mitten in den Bemühungen, um zu Einteilungen in Symptomgruppen zu gelangen. Dieser derzeitige Zustand legt es nahe, sorgfältige Beschreibungen von schizophrenen Patienten anzufertigen, auf die man, sobald Probleme in der Anwendung dieser Dokumentationssysteme gelöst sind, zurückgreifen kann.

6.3.2. Gruppierung der erfaßten Daten

CIOMPI und MÜLLER verwenden sehr viel Mühe auf die Reduktion der vielgestaltigen Verläufe und Zustände, um zu einer Einteilung in wenige Klassen zu gelangen. Diese Versuche sind gewiß zu begrüßen im Hinblick auf die Übersichtlichkeit und sie sind für ein statistisches Vorgehen notwendig. Gelegentlich erscheint es aber, als würden solche Versuche zu weit geführt. Ein Beispiel dafür ist die Einteilung der "Endzustände" ausschließlich in günstige und ungünstige. Hier wurde die Vereinfachung so weit getrieben, daß die Einteilung unserer Ansicht nach der Komplexität vieler untersuchter Verläufe nicht mehr gerecht wird. Entscheidendes Kriterium für die Anwendbarkeit und Nützlichkeit einer solchen Reduktion ist natürlich, daß sich so geschaffene Kategorien mit den in der Realität bestehenden Einteilungen decken. Ist dies nicht der Fall, so können etwa positive und negative Korrelationen, die in einen Topf geworfen wurden, sich gegenseitig aufheben und signifikante Besonderheiten verbergen, die vielleicht allein durch eine deskriptive Darstellung schon offenbar geworden wären. Wir erinnern hier daran, daß CIOMPI und MÜLLER (1976), und ebenso auch HUBER, GROSS und SCHÜTLER (1979) Begriffsbestimmungen der Schizophrenie für nicht angebracht halten, bei denen der Verlauf als diagnostisches Kriterium gewertet wird. STEPHENS (1970) dagegen betont, daß ein Ignorieren verschiedener schizophrener Gruppen mit unterschiedlicher Prognose Forschung und Verständnis nur behindern kann. Die Bedeutung dieser Unterteilung wird auch von vielen skandinavischen und angelsächsischen Autoren und im deutschen Sprachraum von LEONHARD betont, der die von WERNICKE und KLEIST geschaffene Aufteilung der Schizophrenien weiterentwickelt hat. Es wäre auf jeden Fall wünschenswert gewesen, wenn CIOMPI und MÜLLER - auch ohne dieses Konzept für gut zu heißen - Korrelationen in dieser Richtung geprüft hätten. Eine Zuordnung ist auch im Nachhinein nicht möglich, da sich in der Arbeit von CIOMPI und MÜLLER nur wenige kasuistische Darstellungen finden. Auf diese verzichten sie trotz der günstigen Voraussetzung, daß in ihrer Klinik seit Beginn des Jahrhunderts "großes Gewicht auf sorgfältig geführte Krankengeschichten gelegt" wurde.

Möglicherweise liegt es also auch an einer zu globalen Behandlung der Schizophrenie, daß CIOMPI und MÜLLER trotz ihrer aufgewandten Mühe als Ergebnis vor allem ein "Fehlen faßbarer Beziehungen zwischen statistisch prüfbaren Variablen und der lebenslänglichen Entwicklung der Schizophrenie" (S.220) konstatieren müssen. Um das aber im Nachhinein noch feststellen zu können, wären Einzeldarstellungen ihrer untersuchten Patienten notwendig, um bei anders kombinierten Symptomengruppen ihre Hypothesen prüfen und in einen neuen Zusammenhang stellen zu können.

Eine solche genauere Betrachtung der von CIOMPI und MÜLLER untersuchten Verläufe ist wegen des Fehlens von Angaben aus verschiedenen Zeiten des Krankheitsverlaufs nicht möglich. Dieses Fehlen rechtfertigen die Autoren damit, daß ihre Untersuchung von vornherein so angelegt gewesen sei, daß sie nur über zwei Lebensdaten genauere Auskunft erhalten könnten. Weil sie strenge Kriterien an die statistische Verwertbarkeit ihrer Daten anlegen wollten, hätten sie mit wenigen Ausnahmen darauf verzichtet, dieses Material systematisch zu studieren. Dabei standen ihnen bei ihren Patienten Aufzeichnungen zur Verfügung, bei denen "unter dem Einfluß der Bleulerschen Schule (...) seit Beginn des Jahrhunderts großes Gewicht auf sorgfältige Krankengeschichten gelegt" (S.4) worden sei.

Die Autoren sehen voraus, daß bei Kenntnis dieser günstigen Voraussetzungen sich mancher Leser die Frage stellen wird, "weshalb wir die erhobenen Katamnesen nicht im Sinne von Einzelfallstudien ausgewertet haben. Wenn wir dies nicht versuchten, so geschah dies vor allem deshalb, weil wir nicht zwei völlig verschiedene Forschungsansätze vermischen wollten" (S.10). Als den Forschungsansatz, den sie nicht mit einem anderen vermischen wollen, sehen sie, ohne es an dieser Stelle explizit auszusprechen, den statistischen an.

6.3.3. Bedeutung katamnestischer Untersuchungen

Wenn man sich bewußt ist, wieviel Zeit und Mühe von Autoren gefordert ist, die große Verlaufsuntersuchungen durchgeführt haben, stimmt es nachdenklich, wie wenig sich solche Autoren nach Abschluß ihrer Arbeiten noch von zukünftigen katamnestischen Untersuchungen erwarten. M. BLEULER (1972) etwa sagt, die Krankheitsverläufe Schizophrener seien nun so vielseitig und so oft untersucht worden, daß in nächster Zukunft ohne grundlegend neue Techniken oder neue Arbeitshypothesen kaum mehr wichtige neue Erkenntnisse darüber zu erwarten seien. CIOMPI und MÜLLER halten es für möglich, "daß wir heute an einem Endpunkt der katamnestischen Forschung zur Schizophrenie stehen". Es wäre für sie nicht verwunderlich, wenn ihre "Studie eine der letzten rein katamnestischen Untersuchungen wäre, und in Zukunft das Feld ganz der prospektiven For-

schung überlassen werden muß."

Wir sind nicht der Meinung, daß katamnestiche Untersuchungen nichts mehr zur Erforschung der Schizophrenie beitragen können, sondern können uns vorstellen, daß sie, gerade wenn sie ausführliche Kasuistiken enthalten, in Zukunft noch von großer Bedeutung sein werden. Wir machen uns hier eine Überlegung zu eigen, die SZEWCZYK 1985 darstellte. Ideal wäre für die Überprüfung von nosologischen Konzepten der Schizophrenie, wenn das gleiche Patientengut von Untersuchern unterschiedlicher Schulen mit der jeweils eigenen Methodik untersucht werden würde, und deren Ergebnisse anschließend verglichen würden. Wenn aber die Durchführung einer solchen Untersuchung sich als zu aufwendig herausstellen sollte, gäbe es als Verbesserung zu dem derzeitigen weitgehend unkoordinierten Vorgehen verschiedener Forschergruppen die Möglichkeit, wie wir weiter oben darstellten, ein vereinbartes Dokumentationssystem zu verwenden. Wenn man die derzeit bestehenden unterschiedlichen Schizophreniekonzepte sieht, ist es wohl noch ein weiter Weg bis zu einem einheitlichen Symptomverständnis, vergleichbaren Symptomeinteilungen und allgemein verwandten Kategorien etwa für die Einteilung der Verläufe. Es gibt aber etwas, womit man sofort beginnen kann. Wir meinen damit ein genaues Beschreiben und Dokumentieren von Krankheitszuständen und Krankheitsverläufen, das es auch Dritten ermöglicht, diese Fälle mit ihren Methoden zu bearbeiten und mit den Ergebnissen, die sie an ihren eigenen untersuchten Fällen gewonnen haben, zu vergleichen.

7. Zusammenfassung

Seit Jahrzehnten werden die Krankheitsverläufe Schizophrener untersucht. Dabei bestehen große Unterschiede, was die Fragestellung, das Vorgehen und die Auswahl der Kranken betrifft. Wichtig für den Ansatz der gewählt wird, ist vor allem auch das Krankheitsverständnis des Untersuchers; sieht er verschiedene Erscheinungsformen der Schizophrenie als eigenständige Erkrankungen mit typischer Symptomatik an oder lediglich als ständig im Fluß befindliche "Gruppierung von Symptomen" (BLEULER 1911).

Wir stellen je einen Exponenten für die konträren Auffassungen bezüglich des Wesens der Schizophrenie vor. LEONHARD faßt den Stand der Meinungen im Jahre 1936 wie folgt zusammen: "Die großen Kraepelinschen Gruppen der Katatonie, Hebephrenie und paranoiden Demenz bestehen zwar noch zu recht, aber man betont in der Regel mehr die Übergänge, die überall zu bestehen scheinen, als die Unterschiede, und bemüht sich größtenteils gar nicht, sich auf eine dieser Unterformen festzulegen (...). Dadurch daß man sich begnügt, lediglich 'Schizophrenie' festzustellen, muß die feinere psychiatrische Diagnostik außerordentlich leiden, man wird sich dadurch noch weiter von dem Ziel entfernen, schließlich doch noch innerhalb der Schizophrenien symptomatologisch verschiedene Krankheiten voneinander abzugrenzen."

Fünzig Jahre später stellt der Schweizer Psychiater CIOMPI in einem Vortrag die Frage: "Gibt es überhaupt eine Schizophrenie?" Er will damit die "Idee einer 'Krankheitseinheit Schizophrenie' - oder auch einer ganzen 'Gruppe von Schizophrenien', was" seiner Meinung nach "in diesem Zusammenhang wenig Unterschied ausmacht - grundsätzlich in Frage (...) stellen." Bis jetzt hätten sich für die schizophrenieartigen Phänomene weder einheitliche Ursachen eruieren lassen, noch sei es gelungen sie befriedigend abzugrenzen. Und "noch viel weniger gibt es", fährt CIOMPI fort, "darin einen irgendwie regelmäßigen Verlauf."

Diese Aussage von CIOMPI ist bedeutungsvoll. Von CIOMPI und MÜLLER stammt nämlich eine der drei großangelegten Verlaufsstudien, die in den 70er Jahren im deutschen Sprachraum veröffentlicht wurden. Wir werden später genauer auf die Arbeit von CIOMPI und MÜLLER eingehen, da die oben zitierten Ansichten CIOMPI's nicht nur die Meinung eines einzelnen Psychiaters sind, sondern stellvertretend für Überzeugungen vieler zeitgenössischer Psychiater stehen. Trotz dieser Gegensätze im Krankheitsverständnis ist es ein gemeinsames Ziel aller Verlaufsuntersuchungen, etwas zur Erforschung von Entstehungsbedingungen, Prognose, Prävention und Behandlung der Schizophrenie beizutragen.

Eine ausführliche Liste der zwischen 1937 und 1970 erschienen Studien zum Langzeitverlauf der Schizophrenie wurde von STEPHENS 1970 publi-

ziert. In dieser Liste ist für jede Studie auch das zugrundeliegende Schizophreniekonzept angeführt. CIOMPI und MÜLLER (1976) ergänzen diese Liste mit neueren Arbeiten, ausdrücklich ohne Erwähnung der zugrundeliegenden Konzepte. Wir gehen im folgenden näher auf die drei oben erwähnten neueren deutschsprachigen Verlaufsuntersuchungen ein.

Die eine stammt von M. BLEULER, der für seine Untersuchung alle 212 Schizophrenen erfaßt hat, die in den Jahren 1942/43 in die Züricher psychiatrische Universitätsklinik "Burghölzli" aufgenommen worden sind. Er verfolgte den weiteren Lebenslauf von fast allen diesen Patienten (208) über mehr als zwanzig Jahre. M. BLEULER weist darauf hin, daß seine Patienten nicht minutiös auf katatone und hebephrene Symptome und die "formellen" Denkstörungen untersucht wurden und er hat dann auch kaum Kranke gefunden, die sich zwanglos auf Jahre hinaus in eine bestimmte Unterform der Schizophrenie eingliedern ließen. Er stellt demgegenüber das Einfühlen in den Patienten ganz in den Vordergrund. Am Ende seiner Untersuchung konstatiert er selbst, daß sein "Buch aus einer sonderbaren Mischung von Gefühlen und Statistiken besteht", was aber wegen der Thematik notwendig sei.

Als wichtige Ergebnisse seiner Arbeit stellt M. BLEULER u.a. fest, daß die Schizophrenie in den letzten Jahren einen leichteren Verlauf nimmt. Dieser Verlauf sei durch psychotherapeutische Maßnahmen hochgradig beeinflussbar. Heilungen seien demgegenüber jedoch nicht häufiger geworden. Des weiteren hat er gefunden, daß hereditäre Hintergründe bei den phasischen gutartigen Formen am bedeutensten sind, und daß es eine Disposition zu einer bestimmten Verlaufsform der Schizophrenie gibt. Voneinander unabhängige Gruppen der Schizophrenie konnte er jedoch nicht erkennen.

Eine andere Verlaufsuntersuchung an 502 Schizophrenen wurde von HUBER, GROSS und SCHÜTLER an der Bonner Universitätsklinik durchgeführt. Diese Autoren würdigen die Ausnahmeleistung von M. BLEULER, die darin bestehe, daß er seine umfangreichen Untersuchungen weitgehend allein vorgenommen habe. An und für sich sei der Arbeitsaufwand für eine solche Arbeit nur in Teamarbeit zu bewältigen. HUBER, GROSS und SCHÜTLER halten im übrigen Verlaufsuntersuchungen, die sich nicht nur an der anfänglichen Symptomatik, sondern auch am guten oder schlechten Ausgang der Erkrankung orientieren, beispielsweise die Arbeiten von LEONHARD, für "kaum verwertbar". Es ist uns nicht möglich, die Ergebnisse ihrer Arbeit knapp dazustellen, da die Autoren, die Fragestellungen ihres Buches in verwirrend viele Details aufschlüsseln und am Ende ihres Buches auf eine Heraushebung ihrer bedeutendsten Ergebnisse verzichten.

Nun zurück zu der Arbeit von CIOMPI und MÜLLER, die von ihnen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne durchgeführt wurde. Sie haben die 289 im Jahre 1963 noch lebenden früheren und derzeitigen schizophrenen Patienten ihrer Klinik erfaßt, die zwischen 1873 und 1897

geboren sind. Die beiden Autoren orientieren sich in Fragestellung und Begriffswahl stark an dem Werk von M. BLEULER. Sie wollen u.a. den bisher ungelösten Fragen nachgehen, ob es eine Kerngruppe der Schizophrenie mit typischen Merkmalen im Beginn und Verlauf der Erkrankung gibt, und ob der "Defekt" gewissermaßen nur ein durch langdauernde Hospitalisationen bedingter Artefakt ist. Daneben wollen sie den von ihnen so bezeichneten "globalen psychischen Gesundheitszustand" zur Zeit der Nachuntersuchung darstellen. Eine besonders wichtige Frage ist für sie, ob und wie der altersbedingte Abbauprozess die schizophrene Symptomatik beeinflusst. Einen maßgeblichen Einfluß auf ihre Arbeit sehen sie im Einbeziehen statistischer Kriterien, den Methoden des Jahres 1973, wie diese von ihnen genannt werden. Daß ihre Nachuntersuchungsmethodik doch innerhalb der Grenzen einer, wenn auch verbesserten, konventionellen Studie bleibt, bedauern sie ausdrücklich und bezeichnen ihre Methoden als den schärfer quantifizierenden Verfahren unterlegen. Für die Datenerfassung hatte dies unserer Ansicht nach zur Folge, daß zwar viele Zahlen mitgeteilt wurden, aber der klinische Gehalt der Untersuchung für den nachvollziehenden Leser streckenweise nicht mehr faßbar ist.

Die Zielsetzung unserer Arbeit ist die Auseinandersetzung mit der Untersuchung von CIOMPI und MÜLLER. Wir studierten ihre Fragestellungen und wählten daraus solche Fragen für unsere Arbeit aus, zu denen wir anhand der Daten unserer Arbeit Aussagen machen können. Zu diesen Fragen gehören die Bedeutung der Hospitalisationsdauer für die Schwere der Erkrankung, die präpsychotische Persönlichkeit, erbliche Belastung, die Einteilung in diagnostische Untergruppen, Verlaufstypen und sogenannte Endzustände und das Auftreten von Katastrophen- und Spätschizophrenien. Außerdem haben wir in Anlehnung an CIOMPI und MÜLLER auch noch Entwicklungsbesonderheiten bei über 65jährigen Patienten gesondert betrachtet.

Die Basis, die uns als Ausgangspunkt für unsere Fragestellungen und Vergleiche dient, wird durch eine Untersuchung von dauerhospitalisierten schizophrenen Kranken gebildet. Wir wählten 30 Patienten aus, je 15 Männer und 15 Frauen, die alle mit der Krankenblattdiagnose Schizophrenie in offenen Häusern für chronisch kranke Patienten im Bezirkskrankenhaus Haar leben. Die Nachuntersuchungen wurden von uns in den Jahren 1984 und 1985 durchgeführt.

Wir führten mit jedem Patienten ein Gespräch von ein bis zwei Stunden Dauer, wobei der Inhalt der Exploration schriftlich festgehalten wurde. Dabei achteten wir auch auf nonverbale Äußerungen des Patienten. Daran anschließend haben wir die Krankenakte des untersuchten Patienten studiert und schließlich eine Kasuistik, bestehend aus einer Beschreibung von Nachuntersuchung und Lebens- und Krankengeschichte verfaßt. Um Angaben von Angehörigen oder des therapeutischen Personals haben wir uns

zusätzlich bemüht, falls die Krankenakte oder das Gespräch Lücken aufwies. Diese Beschreibungen haben wir ausführlich mit Dr. Strauß besprochen. Dabei haben wir die Kasuistik endgültig formuliert.

Eine Zusammenfassung jeder Patientenbeschreibung haben wir in diese Arbeit aufgenommen. Ein gedrucktes Exemplar mit den ausführlichen Kasuistiken wird im Archiv der Uninervenklinik aufbewahrt. Diese Zusammenfassungen bergen natürlich die Problematik in sich, daß jede Kürzung der vollständigen Krankenakte oder des Gesprächsprotokolls bereits eine Wertung bedeuten. Wir haben daher unsere Kasuistiken so ausführlich gehalten, daß jeder Leser den Verlauf der Krankheit unserer Patienten auch nach anderen Gesichtspunkten verfolgen kann, als wir dies in unserer Untersuchung getan haben.

Die kurze Zusammenfassung der Ergebnisse unserer Arbeit beginnen wir mit einigen statistischen Daten. Von den 30 Patienten mußte ein Mann ausgesondert werden, da seine klinische Symptomatik und sein Krankheitsverlauf eher mit einer chronisch affektiven Psychose vereinbar ist. Es bleiben somit 29 Patienten, an denen wir unsere Erkenntnisse gewonnen haben. Das Alter zu Beginn der Erkrankung ist nicht in jedem Fall eindeutig festzustellen. Man kann jedoch sagen, daß die Hälfte der von uns untersuchten Patienten vor dem 25sten Lebensjahr erkrankte, wobei die Männer durchschnittlich früher erkrankten als die Frauen. Der Zeitpunkt der Ersthospitalisation lag im Schnitt bei 29,6 Jahren, bei den Frauen im Schnitt um drei Jahre später als bei den Männern. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren die Männer durchschnittlich 56,3 Jahre alt, die Frauen 62,2 Jahre. Seit der Ersthospitalisation waren im Durchschnitt 31,5 Jahre vergangen. Die Extreme lagen bei sechs und fünfzig Jahren. Bei im Schnitt drei stationären Aufenthalten in diesem Zeitraum, waren die Patienten durchschnittlich 24,7 Jahre hospitalisiert. Die Anzahl der Aufenthalte reicht von einem einzigen, d.h. einer ununterbrochenen Hospitalisation seit der Erstaufnahme, bis zu zwölf Aufnahmen bei einer Patientin. Wir halten einen Vergleich unserer Patienten, die alle chronisch krank sind, mit den von CIOMPI und MÜLLER untersuchten Probanden durchaus für möglich und verweisen in diesem Zusammenhang auf MÜLLER, der die langzeithospitalisierten Patienten als "Prüfstein unserer Hypothesen" bezüglich der Somatogenese oder der Psychogenese der Schizophrenie ansieht.

Nun berichten wir von einigen speziellen Ergebnissen unserer Arbeit, die wir mit den Untersuchungen von CIOMPI und MÜLLER in Beziehung setzen werden. Um das zu ermöglichen, haben wir die Terminologie benutzt, die die beiden Autoren in ihrer Arbeit verwenden.

CIOMPI und MÜLLER stellen fest, daß "der frappierende Unterschied zwischen den Geschlechtern - ein starkes Vorwiegen der relativ kurzen Hospitalisationen bei Frauen und der Dauerhospitalisation bei Männern -

statistisch hochsignifikant" (S.65) ist. Fast ständig, d.h. über 90% der Beobachtungsdauer, hospitalisiert waren in ihrer Untersuchung ausschließlich Männer. Unter den von uns untersuchten Patienten haben dagegen neben 7 Männern auch 9 Frauen mehr als 90% der Zeit seit ihrem Erkrankungsbeginn in stationärer Betreuung zugebracht. Dieses Fehlen von dauerhospitalisierten Frauen ist verwunderlich und sollte aufgeklärt werden. Aufgrund dieses Ergebnisses melden CIOMPI und MÜLLER "schwere Bedenken" dagegen an, die Hospitalisation als Kriterium bei der Beurteilung des Schweregrades der Schizophrenie zu verwenden, mit der Begründung, dafür seien vor allem soziale Faktoren verantwortlich. Hier müssen zwei Fragen auseinandergehalten werden. Erstens, welche Bedeutung haben soziale Faktoren für den Verlauf der Schizophrenie, und zweitens, welche Bedeutung hat der Schweregrad der Schizophrenie für die Hospitalisationsdauer eines Patienten. Die letzte Frage wird von den Autoren an einer anderen Stelle ihres Buches dahingehend bejaht, daß schwere Krankheitsverläufe mit einer langen Gesamthospitalisationsdauer korreliert ist. Auch unsere Ergebnisse bestätigen diese Aussage. Die Beantwortung der ersten Frage ist sehr wichtig, aber auch sehr schwierig und läßt sich sicher nicht erledigen mit dem Hinweis auf die verschiedene Hospitalisationsdauer der beiden Geschlechter, wie dies die Autoren tun.

Der Frage nach der erblichen Belastung sind CIOMPI und MÜLLER nur im Hinblick auf den Verlauf nachgegangen. Sie fanden bei 64,7% ihrer untersuchten Probanden Schizophrenie oder andere psychische Erkrankungen bei Blutsverwandten. Bei unseren Patienten fanden sich dagegen nur bei einem Viertel Hinweise auf eine erbliche Belastung. Diese Zahlen sind mit der These vereinbar, daß sich langzeithospitalisierte Patienten bezüglich der hereditären Belastung von denjenigen Patienten unterscheiden, die leichter erkrankt und nicht auf eine Dauerhospitalisation angewiesen sind.

CIOMPI und MÜLLER fanden Unterschiede "in Richtung auf eindeutig günstigere Verlaufstendenzen bei den prämorbid unauffälligen Charakteren". (S.158) Bei einigen unserer Patienten wird eigen- oder fremdanamnestisch ein stark introvertiertes oder ein sonst auffälliges Wesen genannt. Einige der Angaben, die Veränderungsgefühle erwähnen, weisen darüber hinaus auf Prodromalerscheinungen hin, die im Vorfeld der Erkrankung lange vor dem Ausbruch der Psychose eingetreten sind. Andererseits gibt es unter unseren Patienten solche, deren präpsychotische Persönlichkeit ausgesprochen positiv beurteilt wurde. Leider haben wir bei einem Teil unserer Patienten nur sehr spärliche Angaben zum Leben vor der Ersthospitalisation.

Für die Zeit der Erstaufnahme konnten CIOMPI und MÜLLER einen großen Teil ihrer Patienten (79,3%) in die tradierten diagnostischen Unter-

gruppen (paranoide Schizophrenie, Katatonie, Hebeprenie) einordnen. Atypische Mischbilder fanden sie dabei in 9,3% ihrer Fälle. Ebenso konnten wir bei unseren Patienten für die Zeit der Erstaufnahme eine Einteilung in die klassischen Untergruppen der Schizophrenie vornehmen. Am häufigsten, neunmal waren paranoide Schizophrenien vertreten, siebenmal Hebephrenien, fünfmal Katatonien und achtmal atypische Mischbilder. Als atypische Mischbilder werden Fälle verstanden, bei denen Mischbilder zwischen den verschiedenen Unterformen oder anderweitig atypische Bilder vorlagen.

Die relative Häufigkeit atypischer Mischbilder wird nicht verwundern, wenn man bedenkt, wie schwer es ist, bei den ersten Kontakten mit einem neuerkrankten Patienten die bestimmenden Symptome aus einer Vielzahl begleitender Auffälligkeiten im Verhalten und Befinden herauszufinden. Manches Mal scheint uns die von CIOMPI und MÜLLER geforderte Beschränkung auf eine dreimonatige Beobachtung bei der Erstaufnahme als zu kurz, um zuverlässige Aussagen bezüglich der Untergruppe treffen zu können. Gerade in diesen ersten Monaten befinden sich viele Patienten in einem so akuten Krankheitszustand, daß konstante, aber diskretere Symptome dabei übersehen werden können.

Für die Zeit der Nachuntersuchung stellten CIOMPI und MÜLLER fest, daß eine "frappante Verschiebung in der Verteilung der schizophrenen Untergruppen zugunsten von Residualzuständen im Alter" (S.104) stattgefunden habe. Als unspezifischer Residualzustand, dazu rechnen CIOMPI und MÜLLER bei der Nachuntersuchung 55,7% ihrer Fälle, wird ein weitgehend stabilisierter "Endzustand" verstanden mit Weiterbestehen von Resten der schizophrenen Symptome. Bei unseren Patienten waren zur Zeit der Nachuntersuchung die atypischen Formen etwas seltener geworden. Je zwei ursprünglich atypisch erscheinende Kranke erwiesen sich schließlich als paranoide Schizophrenien bzw. als Katatonien. Ein vorher atypisch Kranker erscheint jetzt als hebephren und einer als unspezifischer Residualzustand. Insgesamt fanden wir bei der Nachuntersuchung acht paranoide Schizophrenien, sechs Hebephrenien, und je fünf Katatonien, atypische Mischbilder und unspezifische Residualzustände.

Was die Häufigkeit "unspezifischer Residualzustände" betrifft, sind wir also zu ganz gegensätzlichen Ergebnissen gekommen: Noch bei sechzig Prozent unserer Patienten fanden wir mehr oder weniger ins Auge fallende, bei sorgfältiger Untersuchung aber deutlich und regelmäßig hervortretende Symptome, die die Einordnung in die paranoide, katatone oder hebephrene Untergruppe auch noch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung rechtfertigten. Wir fanden, wie es die Auswahl unserer Patienten erwarten ließ, keinen Ausgang in "Heilung" im Sinne BLEULERS. Aber auch von "unspezifischen Residualzuständen" können wir nur bei fünf Patienten sprechen.

Diese Seltenheit von "unspezifischen Residualzuständen" mag zum Teil durch die Auswahl unserer Patienten erklärt werden. Patienten ohne flo-

ride Symptomatik werden ohne Zweifel eher im Rahmen der Familie oder in einem Heim zurechtkommen und weniger häufig einer Langzeitbetreuung in einer Klinik bedürfen. Wir sehen hier aber auch durch Unterschiede in der Methodik bedingte Gründe für das von CIOMPI und MÜLLER beobachtete Verschwinden der Unterformen. Die beiden Autoren haben sich, wie sie immer wieder deutlich machen, M. BLEULER als Vorbild gewählt. Dieser hält eine genauere Beobachtung und Darstellung der psychopathologischen Symptomatik gegenüber dem Einfühlen in den Gesamtzustand des Kranken für nebensächlich. Den Autoren fällt zwar oft ein Weiterbestehen der speziellen Symptomatik auf, die aber nicht mehr so eindeutig sei, daß eine Einordnung in eine Untergruppe fraglos feststehe. Wir dagegen haben, ohne die einführende Beobachtung gering zu achten, alle psychopathologischen Symptome sorgfältig registriert.

In Ausnahmefällen beobachteten CIOMPI und MÜLLER einen Übergang zwischen zwei der klassischen Untergruppen. Unter den Patienten, von denen wir berichten, fanden wir keinen einzigen, der, nachdem er bei der Erstaufnahme einer der klassischen diagnostischen Unterformen zugeordnet war, bei der Nachuntersuchung zu einer anderen dieser Unterformen gehört hätte. Diese Stabilität der Symptomatik spricht gegen die Vorstellung, daß die Schizophrenie eine bloße Ansammlung von Symptomen sei, die sich ständig im Fluß befinden und auch im Langzeitverlauf keine Stabilität zeigen.

CIOMPI und MÜLLER konnten 92,4% der Verläufe in die Kategorien einfach bzw. wellenförmig aufteilen. Die restlichen Verläufe konnten sie als atypisch oder unsicher hier nicht einordnen. Wir konnten alle unsere Patienten in einfache bzw. wellenförmige Verlaufsformen unterteilen. Insgesamt fanden sich 16 Patienten mit einfachem und 13 mit wellenförmigem Verlauf. Dabei war das Verhältnis bei den Frauen mit 10 zu 5 zugunsten der einfachen Verläufe verschoben. Die Auffassung, daß es zwei unterschiedliche Verlaufstypen der Schizophrenie gibt, wird auch durch unsere Ergebnisse gestützt.

Wir betrachteten dann auch noch die Beziehungen zwischen Untergruppen und Verlaufsformen. Diese Betrachtung nahmen CIOMPI und MÜLLER nicht mehr vor wegen "der großen Inhomogenität hinsichtlich der Natur und Meßweise der erfaßten Faktoren" (S.149). Bei unseren Patienten kamen wir dabei zu folgenden Ergebnissen: Die beständig als paranoide Schizophrenien bzw. als Hebephrenien erscheinenden Patienten zeigten in der Hauptsache einfache Verläufe. Bei den Katatonien und den atypischen Mischformen sowie den Übergängen dazwischen waren wellenförmige Verläufe eindeutig in der Überzahl.

Einen Endzustand konstatierten CIOMPI und MÜLLER, wenn der bei der Nachuntersuchung beobachtete Zustand nachweisbar bereits während "mindestens 5 Jahren einigermaßen stabil geblieben ist" (S.75), was bei 90,6% ihrer Patienten der Fall war. Diese sogenannten Endzustände wur-

den von CIOMPI und MÜLLER grob in günstige und ungünstige unterteilt. Sie stellten bei ihren Patienten zu 48,8% einen günstigen, in 41,9% einen ungünstigen Endzustand fest.

Nur bei neun von unseren 29 Patienten, konnten wir klare Aussagen anhand dieser Aufteilung treffen. Bei der Mehrzahl unserer Patienten könnte man bei Anwendung der Kriterien der beiden Autoren sowohl die Zuordnung zu einem günstigen wie auch zu einem ungünstigen Endzustand rechtfertigen.

Eine Katastrophenschizophrenie, nach BLEULER ein akuter Erkrankungsbeginn mit unmittelbarem Übergang in eine chronische schwerste Psychose fanden CIOMPI und MÜLLER immerhin in 8,3% ihrer Fälle. Wir fanden einen solchen Verlauf nur einmal, und auch da wegen spärlicher Angaben zum Erkrankungsbeginn nicht mit letzter Sicherheit.

Von einer "Spätschizophrenie" sprechen CIOMPI und MÜLLER bei einem Beginn der Schizophrenie nach dem 45. Lebensjahr. Das war bei 21,8% ihrer Probanden der Fall. Unsere untersuchten Patienten waren alle spätestens seit dem 45. Lebensjahr erkrankt, weshalb wir zu dieser Frage anhand unserer Patienten nicht Stellung nehmen können.

Einen breiten Raum nehmen in der Arbeit von CIOMPI und MÜLLER Fragen nach den Wechselwirkungen zwischen Schizophrenie und Altern ein. Dies hat folgende Gründe: Beide Autoren befassen sich seit vielen Jahren schwerpunktmäßig mit der Erforschung des Seniums bei psychiatrischen Patienten. Dieses Thema steht auch im Mittelpunkt der Untersuchungsreihe, die als "Lausanner Enquete" bekanntgeworden ist und die von MÜLLER initiiert worden ist. Für diese Enquete wurde eine Arbeitshypothese formuliert, die beinhaltet, daß auf Patienten mit Krankheiten, die vor allem organisch bedingt sind, das Altern sich ungünstig auswirkt, dagegen bei Patienten mit vor allem psychogen bedingten Krankheiten das Alter eine Besserung bringt. Nur eine Gruppe von allen diesen untersuchten psychiatrischen Patienten stellen dabei die Schizophrenen dar. Von den 289 durch CIOMPI und MÜLLER untersuchten Schizophrenen entwickelte sich bei 279 der Krankheitszustand nach dem 65. Lebensjahr weder deutlich zum Schlechteren noch deutlich zum Besseren. Bei 5 Patienten fanden CIOMPI und MÜLLER eine deutliche Spätbesserung nach dem 65ten Lebensjahr. Diese Befunde sprechen ihrer Meinung nach "eindeutig gegen das Vorhandensein eines gesetzmäßig ungünstig ablaufenden organischen Krankheitsprozesses" und sie erkennen "mit großer Wahrscheinlichkeit" darin "jene spezifischen Alterseinflüsse", nach denen (sie) ja in erster Linie geforscht haben, wobei freilich noch völlig offen bleibt", welcher Natur diese Einflüsse sind.

Unter unseren Patienten haben 6 Frauen das 65. Lebensjahr überschritten. Von diesen sind 4 seit vielen Jahren bis heute floride paranoide Schizophrenen. Eine Patientin, die früher das Bild einer paranoiden Schizophrenie bot, zeigt seit vielen Jahren einen nivellierten Zustand.

Eine weitere ursprünglich hebephrene Kranke zeigt bei genauer Beobachtung noch persistierende hebephrene Züge. Ansonsten ist sie seit vielen Jahren weitgehend adäquat in ihrem Verhalten. Bei den beiden zuletzt genannten Patientinnen ist ein Nachlassen der Merkfähigkeit bzw. ein Vernachlässigen der Körperpflege in der letzten Zeit im Krankenblatt vermerkt. Was die schizophrene Symptomatik betrifft, sind seit dem 65. Lebensjahr bei keiner dieser Patientinnen deutliche Besserungen oder Verschlechterungen aufgetreten.

Gerade das Fortbestehen der jeweils typischen schizophrenen Symptomatik bis ins hohe Alter, wenn auch in quantitativ geminderter, jedoch qualitativ gleichbleibender Ausprägung, erscheint uns bedeutsam. Wir schließen daraus, daß diesen Symptomen fixierte Funktionsstörungen zugrundeliegen, die eher den psychischen Störungen, wie man sie bei Hirnlasionen findet, als der Symptomatik psychogener Störungen nahestehen.

Beobachtete psychopathologische Symptome kann man nach verschiedenen Einteilungen gliedern. CIOMPI und MÜLLER verwandten die BLEULERSche Einteilung in Primär- und Sekundärsymptome, die nach ihrer eigenen Aussage als psychodynamisches Konzept der objektivierenden Forschung nicht leicht zugänglich ist. Wir dagegen haben uns im Großen und Ganzen an die Symptomgruppierungen gehalten, wie sie KRAEPELIN dargestellt hat. Diese scheinen uns offener und unter anderem auch für eine statistische Auswertung besser geeignet. Für die Vergleichbarkeit von psychopathologischen Begriffen dürften darüber hinaus Dokumentationssysteme wie das DSM III oder AMDP Fortschritte bringen.

CIOMPI und MÜLLER werten ihre Ergebnisse nach vielen Gesichtspunkten aus und wollen eine weitgehende Reduktion zu wenigen Kategorien erreichen. Trotz dieser Mühe müssen sie vor allem ein "Fehlen faßbarer Beziehungen zwischen statistisch prüfbaren Variablen und der lebenslänglichen Entwicklung der Schizophrenie" feststellen. Möglicherweise war aber auch ihre Unterteilung der Schizophrenie zum Teil unpassend, sodaß deshalb manche positive und negative Korrelationen verwischt wurden. CIOMPI und MÜLLER, und mit ihnen auch HUBER, GROSS und SCHÜTTLER, halten es für falsch, Untersuchungen anzustellen, in denen zwischen Kern- und Randschizophrenien" bzw. typischen und atypischen Schizophrenien unterschieden wird. STEPHENS dagegen betont, daß ein Ignorieren verschiedener schizophrener Gruppen mit unterschiedlicher Prognose Forschung und Verständnis nur behindern kann. Es wäre auf jeden Fall wünschenswert gewesen, wenn CIOMPI und MÜLLER - auch ohne dieses Konzept für gut zu heißen - Korrelationen in dieser Richtung geprüft hätten. Eine Zuordnung ist auch im Nachhinein nicht möglich, da sich in der Arbeit von CIOMPI und MÜLLER zwar sehr viele statistische Daten, aber nur wenige kasuistische Darstellungen finden. Auf diese verzichten sie trotz der günstigen Voraussetzung, daß in ihrer Klinik seit Beginn des Jahrhunderts "großes Gewicht auf sorgfältig geführte Krankenge-

schichten gelegt" wurde.

Wie könnte man aber nun nutzbringend vorgehen, solange zwischen den einzelnen Schulen, die sich mit der Schizophrenie befassen, so grundsätzliche Differenzen bestehen? MÜLLER z.B. sagt dazu im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der verschiedenen Verlaufsuntersuchungen, daß "die angewandten Konzepte von Arbeit zu Arbeit zu unterschiedlich (sind), als daß mehr als ganz summarische (...) Vergleiche zulässig wären." Zur Überprüfung von nosologischen Konzepten bietet es sich zunächst an, die gleichen Patienten mit verschiedenen Methoden zu untersuchen. Das ist natürlich enorm aufwendig. Gut wäre als Zwischenschritt ein allgemein akzeptiertes Dokumentationssystem. Solange diese Voraussetzungen noch nicht bestehen, sind auf jeden Fall ausführliche Kasuistiken wünschenswert, die es Untersuchern erlauben, sich miteinander zu verständigen, z.B. wenn ihre Ergebnisse voneinander abweichen. Des weiteren können solche Kasuistiken als Beleg für die Schlußfolgerungen dienen, die Untersucher mit verschiedenen theoretischen Positionen aus ihren Daten ziehen.

8. Kurzzusammenfassung

Die Untersuchungen über die Krankheitsverläufe schizophrener Patienten unterscheiden sich sowohl in den Ansichten zur Symptomatik und Ätiologie als auch im methodischen Vorgehen. CIOMPI und MÜLLER haben 1976 eine Verlaufsuntersuchung vorgelegt, die sich an die Verlaufsuntersuchung von M. BLEULER (1972) anschließt. Während bei den früheren Untersuchungen zur Schizophrenie die Beobachtung und Beschreibung der psychopathologischen Symptome das Wichtigste war, stellt M. BLEULER in seiner katamnästischen Untersuchung das einfühlende "Miterleben" ganz in den Mittelpunkt seiner Methodik. CIOMPI und MÜLLER bezeichnen ihre Studie als verbesserte katamnästische Untersuchung und nennen sie semi-standardisiert. Ausgehend von dieser Untersuchung vertritt CIOMPI später die Meinung, daß bis jetzt für "schizophrenieartige Phänomene" weder einheitliche Ursachen noch befriedigende Abgrenzungen noch ein irgendwie regelmäßiger Verlauf zu finden gewesen seien. In Anbetracht dieser sehr weitreichenden Schlußfolgerungen haben wir versucht, anhand eigener Daten folgende Fragen zur Schizophrenie zu überprüfen: Welche Bedeutung hat die Hospitalisationsdauer? Lassen sich Aussagen zur erblichen Belastung machen? Welche Unterformen der Schizophrenie finden wir bei Erstaufnahme und Nachuntersuchung?

Unsere Untersuchung unterscheidet sich insofern von der Untersuchung von CIOMPI und MÜLLER, als in deren Arbeit über die Hälfte der Patienten außerhalb des Krankenhauses leben. Uns erscheint es zulässig zu sein, diese Fragen auch anhand der Querschnitts- und Verlaufsdaten langzeithospitalisierter Patienten zu untersuchen. In unsere Arbeit haben wir 30 nicht ausgelesene dauerhospitalisierte schizophrene Patienten (15 Männer und 15 Frauen) aufgenommen, über die wir nach persönlicher Nachuntersuchung und dem Studium der Krankenakte eine Kasuistik verfaßt haben. Diese Kasuistiken haben wir bewußt ausführlich gehalten, damit jeder Leser den Verlauf der Krankheit bei unseren Patienten auch nach anderen als den von uns gewählten Gesichtspunkten verfolgen kann. Bei der Beschreibung der psychopathologischen Auffälligkeiten haben wir uns hauptsächlich an die Symptomenlehre von KRAEPELIN gehalten.

Die Hospitalisationsdauer unserer Patienten beträgt im Schnitt 24,7 Jahre bei ein bis zwölf Hospitalisationen. Am kürzesten waren dabei die Patienten mit zeitweiliger Symptombfreiheit hospitalisiert. Wir sehen hierin einen Anhalt für die maßgebliche Beeinflussung der Hospitalisationsdauer durch krankheitsbedingte Faktoren. Während CIOMPI und MÜLLER bei 64,7% ihrer Fälle eine erbliche Belastung fanden, haben wir nur bei einem Viertel unserer langzeit- bzw. dauerhospitalisierten Patienten Hinweise auf eine solche Belastung gefunden. Diese Zahlen sind mit der These vereinbar, daß dauerhospitalisierte Patienten sich bezüglich der hereditären Belastung von den leichter erkrankten schizophrenen Patienten

ten unterscheiden. Im Gegensatz zu dem von CIOMPI und MÜLLER im Langzeitverlauf festgestellten weitgehenden Verschwinden der schizophrenen Untergruppen zugunsten von Residualzuständen, konnten wir die Konstanz dieser Untergruppen auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung feststellen (8 paranoide Schizophrenien, 5 Katatonien, 6 Hebephrenien, 5 atypische Mischbilder und 5 unspezifische Residualzustände). Auch im Langzeitverlauf konnten wir keine Übergänge zwischen den Untergruppen finden. Diese Stabilität der Symptomatik im Langzeitverlauf spricht gegen die Annahme einer bloßen Ansammlung von Symptomen, die beliebig ineinander übergehen können.

In Anlehnung an CIOMPI und MÜLLER, die sich besonders für Fragen des Alters interessieren, betrachten wir unsere bei der Nachuntersuchung über 65jährigen Patienten (6 Frauen) noch gesondert. Diese Patientinnen zeigen entweder auch jetzt noch eine paranoide Schizophrenie mit einer floriden Symptomatik (4 Patienten) oder die Symptomatik hat sich schon lange vor dem 65. Lebensjahr beruhigt (2 Patienten). Wir schließen aus der Stabilität des Krankheitsbildes im Langzeitverlauf und aus dem Fortbestehen der Symptomatik bis in das höhere Alter hinein, daß der schizophrenen Symptomatik fixierte Funktionsstörungen zugrundeliegen, die eher den psychischen Störungen, wie man sie bei Hirnläsionen findet, als der Symptomatik psychogener Krankheiten nahestehen.

Möglicherweise wären bestehende Beziehungen deutlicher hervorgetreten, wenn CIOMPI und MÜLLER verschiedene Gruppen der Schizophrenie, wie es etwa von STEPHENS empfohlen wurde, bei verschiedenen Fragestellungen getrennt betrachtet hätten. Ein solche nachträgliche Gruppierung von Krankheitsverläufen einzelner Patienten ist in der Arbeit von CIOMPI und MÜLLER wegen der rein statistischen Aufarbeitung der Daten und den fehlenden Kasuistiken nicht möglich. Hier zeigt sich einmal mehr die Wichtigkeit ausführlich dokumentierter Kasuistiken. Sie dienen sowohl der Verständigung zwischen verschiedenen Untersuchern, z.B. wenn die Ergebnisse abweichen, als auch als Beleg für die Schlußfolgerungen, die Untersucher mit verschiedenen theoretischen Positionen aus ihren Daten ziehen.

9. Literaturverzeichnis

Das AMDPSystem: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.), 4. korr. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1981

ARGELANDER, H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1970

BLEULER, M.: Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschr. Neurol. Psychiat. 15 (1943) 259-290

BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie. ASCHAFFENBURG G. (Hrsg.), spez. Teil, 4. Abt., 1. Hälfte. Leipzig, Wien: Franz Deuticke 1911

BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme 1972

CIOMPI, L.: Allgemeine Psychopathologie des Alters. In: Psychiatrie der Gegenwart. K.P. KISKER, J.-E. MEYER, M. MÜLLER, E. STRÖMGREN (Hrsg.) Bd 2, Teil 2, 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972

CIOMPI, L.: Gibt es überhaupt eine Schizophrenie? Der Langzeitverlauf psychotischer Phänomene aus systemischer Sicht. In: Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen. R. LEMPP (Hrsg.) Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber 1984

CIOMPI, L., MÜLLER, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1976

DEGKWITZ, R., HOFFMANN, S.O., KINDT, H.: Psychisch krank. Einführung in die Psychiatrie für das klinische Studium. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1982

DSM-III: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Deutsche Bearbeitung und Einführung von K. KOEHLER und H. SASS. Weinheim und Basel: Beltz 1984

- HIRSCHMANN, J.: Geriatric patients in Michigan state institutions for the mental ill. J. Mich. med. Soz. 62 (1963) 491-494
- HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R.: Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979
- KAY, D.W.K., BEAMISH, P., ROTH, M.: Old age mental disorders in Newcastle-upon Tyne. I. Brit. J. Psychiat. 110 (1964) 146-158
- KAY, D.W.K., BEAMISH, P., ROTH, M.: Old age mental disorders in Newcastle-upon Tyne. II. A study of possible social and medical causes. Brit. J. Psychiat. 110 (1964) 668-682
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 6. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1899
- KIND, H.: Psychiatrische Untersuchung. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979
- LEONHARD, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Ihre Einteilung in klinisch und erbbiologisch verschiedene Gruppen und in Unterformen vom Charakter der Systemkrankheiten. Leipzig: Georg Thieme 1936
- LEONHARD, K.: Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1948
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen in der Forschungsrichtung von Wernicke und Kleist. In: Psychiatrie der Gegenwart. K.P. KISKER, J.-E. MEYER, M. MÜLLER, E. STRÖMGREN (Hrsg.) Bd 2, Teil 1, 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972
- MÜLLER, C.: Über das Senium der Schizophrenen. Basel: S. Karger 1959
- MÜLLER, C.: Alterspsychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme 1967
- MÜLLER, C.: Psychische Erkrankungen und ihr Verlauf sowie ihre Beeinflussung durch das Alter. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber 1981
- PETERS, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1984

- SCHNEIDER, K.: Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose.
Leipzig: Georg Thieme 1939
- SCHNEIDER, K.: Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie.
Forschr. Neurol. Psychiat. 25 (1957) 487-490
- STEPHENS, J.H.: Long-term Course and Prognosis in Schizophrenia.
Sem. Psychiat. 2 (1970) 464-489
- SZEWczyk, H.: Die Phänomenologie im Lebenswerk Karl Leonhards als
Höhepunkt eines klassischen und als Ausgangspunkt eines dialek-
tischen Denkens in der Psychiatrie. Psychiat. Neurol. med.
Psychol. 37 (1985) 373-384
- VAILLANT, G.E.: The prediction of recovery in schizophrenia.
J. nerv. ment. Dis. 135 (1962) 534-543
- VAILLANT, G.E.: Prospective prediction of schizophrenic remission.
Arch. gen. Psychiat. 11 (1964) 509-518

Herrn Professor Hippius danke ich für die Überlassung des Themas. Besonderen Dank schulde ich Herrn Dr. Strauß für die engagierte Betreuung bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Studie. Die klinischen Untersuchungen wurden von Mai 1984 bis Januar 1985 im Bezirkskrankenhaus Haar bei München gemeinsam von Herrn Franzek und mir durchgeführt. Für die Möglichkeit, diese Studie im Bezirkskrankenhaus Haar durchführen zu können, danke ich dem früheren Direktor, Herrn Dr. Schulz, und Herrn Direktor Dr. Bender. Des weiteren möchte ich die freundliche Unterstützung hervorheben, die uns auf den Stationen von Schwestern, Pflegepersonal und Ärzten sowie in der Ärztebibliothek zuteil wurde. Nicht zuletzt möchte ich den Patienten danken, die sich für die Untersuchungen zur Verfügung gestellt haben.

Lebenslauf

Geboren am 13.10.1955 in Traunstein

1962-66 Volksschule in Engelsberg

1966-68 Heimvolksschule in Fürstenried

1968-75 Kurfürst-Maximilian-Gymnasium in Burghausen

1975 Abitur

1975-76 Wehr- und Zivildienst

1977-81 Pflegedienst im Bezirkskrankenhaus Haar

1980 Staatsexamen als Krankenpfleger

1981-83 Vorklinik an der Universität Regensburg

1983 Ärztliche Vorprüfung

1983-87 Klinik an der Technischen Universität München

1987 Ärztliche Prüfung

Hans Ober

im Oktober 1987

